

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juin 1898, à 1 heure

Par M. ABLON

Né à Villeneuve-sur-Yonne, le 29 Juin 1867.

DES FIBROMES EMBRYONNAIRES

(SARCOMES)

DE L'INTESTIN CHEZ LES ENFANTS

Président : M. TILLAUX, professeur.

BOUCHARD, professeur.

Juges : MM.

NETTER,

CHARRIN,

} agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

422

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Juin 1898, à 1 heure

Par M. ABLON

Né à Villeneuve-sur-Yonne, le 29 Juin 1867.

DES FIBROMES EMBRYONNAIRES

(SARCOMES)

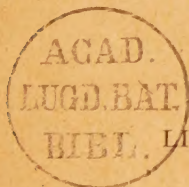
DE L'INTESTIN CHEZ LES ENFANTS

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM.

{	BOUCHARD, professeur.	{	agrégés.
	NETTER,		
	CHARRIN,		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

BORDIER ET MICHALON

23, PLACE DE L'ÉCOLE - DE - MÉDECINE, 23

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
	Agrégés en exercice.	
MM.	MM.	MM.
AICHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANCEREAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEYROT

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUINARD

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR TARNIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST,

Professeur à l'École de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Inspecteur Général des Services sanitaires,
Commandeur de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer dans le service de M. le docteur Lancereaux, à l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours de Levallois-Perret, un fait remarquable autant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Il s'agit d'une petite fille de 11 ans, qui nous fut amenée dans un état d'amaigrissement extrêmement prononcé et atteinte d'un ictère généralisé avec hypermégalie hépatique et splénique, pigments biliaires normaux dans les urines et décoloration des matières fécales et chez laquelle ces phénomènes morbides, après avoir rétrocedé une première fois au point que l'on put croire la petite malade complètement rétablie, reparurent au bout d'un mois.

A dater du moment de leur réapparition, ceux-ci ne cessèrent de s'accroître, (malgré la recoloration tardive des matières fécales), en se compliquant d'un état d'anémie et de dépérissement progressif qui finit par atteindre un degré véritablement extraordinaire, puis de phénomènes urémiques, qui aboutirent à la termi-

naison fatale environ dix mois après le début apparent de la maladie.

Après avoir d'abord cru à l'existence d'une hépatite épithéliale apyrétique (ictère catarrhal), nous fûmes ensuite obligés, à la suite d'une revue de la plupart des affections habituellement caractérisées par un ictère accompagné d'une augmentation de volume concomitante du foie et de la rate, de nous arrêter à l'hypothèse d'une cirrhose impaludique, celle-ci nous paraissant la plus vraisemblable bien qu'elle ne fut pas entièrement d'accord avec les faits.

L'autopsie nous prouva que ce diagnostic n'était pas exact, car elle nous fit découvrir l'existence d'un néoplasme de la deuxième portion du duodénum et l'examen histologique nous montra qu'il s'agissait d'un fibrome embryonnaire globo-cellulaire (sarcome), primitif de cet organe, sans noyaux secondaires.

Malgré des recherches consciencieuses dans les littératures médicales française et étrangères, nous n'avons découvert aucun exemple de fibrome embryonnaire (sarcome), de l'intestin affectant la même localisation, chez l'enfant.

Les particularités cliniques du cas dont nous venons de parler nous ont fait penser qu'il ne serait peut être pas inutile de chercher à les rapprocher du tableau symptomatique des néoplasmes de même espèce qui ont été rencontrés, au cours de l'enfance, sur les différentes portions de l'intestin, autant dans le but de fixer l'état de nos connaissances sur ce point que d'en

tirer les conclusions pratiques que celles-ci pourraient comporter.

Tel sera le but du modeste travail que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui comme thèse inaugurale.

HISTORIQUE

La connaissance précise de l'affection qui nous occupe est de date relativement récente. Ce n'est qu'en 1843, époque à laquelle l'anatomie pathologique commence, grâce à l'illustre Lebert, à sortir du chaos dans lequel l'avaient plongée tour à tour les théories humorales et les exagérations de la théorie cellulaire, que pour la première fois, cet auteur, grâce au concours du microscope, extrait du bloc disparate au milieu duquel celui-ci se trouvait enfoui, un type assez bien défini de néoplasmes paraissant correspondre à ce que nous désignons aujourd'hui, avec M. Lancereaux, sous le nom de fibrome embryonnaire fuso-cellulaire et à une partie de ce que l'on avait désigné jusqu'alors sous le nom de sarcomes : « Fidèle à notre principe de classer les tumeurs d'après les éléments anatomiques qui les composent, nous donnerons aux sarcomes le nom de tumeurs fibro-plastiques, vu que nous avons affaire à un tissu qui n'est que du tissu cellulaire en voie de formation. (1) »

(1) LEBERT. — *Traité de physiologie pathologique*, p. 120.

« Les tumeurs fibro-plastiques sont constituées par un tissu de nouvelle formation semblable à celui de la vie embryonale. »

« Au microscope, on trouve des cellules à petits noyaux ronds ou ovoïdes, et toutes les formes intermédiaires entre la cellule et la fibre, surtout beaucoup de corps fusiformes étroits; les nucléoles sont toujours très petits. On y rencontre aussi de grandes cellules mères à noyaux multiples, enroulées quelquefois de fuseaux et constituant alors les globes fibro-plastiques. (1) »

« Ordinairement, les tumeurs fibro-plastiques sont entourées d'une enveloppe mince, vasculaire, adhérente à la surface de la tumeur. (2) »

Lebert établit, en outre, nettement les caractères morphologiques et cliniques qui distinguent le groupe des tumeurs fibro-plastiques de celui des tumeurs cancéreuses ainsi qu'en témoignent les passages suivants :

« Il ne semble pas permis de confondre deux maladies, dont l'une, le cancer, est toujours suivie de récurrence et infecte tous les jours l'économie ; dont l'autre, quelquefois sans récurrence, ordinairement accompagnée de récurrence sur place, récurrence multiple, souvent fatale, il faut le dire, n'est suivie d'infection générale que dans des cas excessivement rares, dans la proportion de deux ou trois, par exemple, sur les 89 cas que j'ai recueillis. »

(1) LEBERT. — *Archives générales de médecine*, 1853, p. 105.

(2) LEBERT. — *Physiologie pathologique*, p. 120.

« En résumé, l'infection dans les tumeurs fibro-plastiques est l'exception; elle est la règle dans le cancer : C'est là une distinction capitale qu'il ne faut pas oublier. (1) »

Charles Robin vit qu'à côté des tumeurs fibro-plastiques de Lebert, il fallait accorder une place à d'autres tumeurs à cellules rondes auxquelles il donna le nom de tumeurs embryo-plastiques et dont il attribua la formation à l'hypergénèse des noyaux embryo-plastiques dont il admettait la persistance comme éléments accessoires des tissus adultes : « On voit, de temps à autres les noyaux embryo-plastiques devenir le siège d'hypergénèse dans l'économie à telle ou telle période de la vie extra-utérine ou même intra-utérine et donner naissance à des tumeurs dont la composition anatomique, la texture et les caractères extérieurs reproduisent ceux du tissu embryo-plastique qui a existé antérieurement pendant une courte durée de la vie intra-utérine. »

« On les trouve composées principalement par des noyaux embryo-plastiques libres, presque tous ovoïdes, à contour net, finement granuleux, avec ou sans mécléoles. Avec les noyaux se rencontrent des corps fibro-plastiques fusiformes ou étoilés, en quantité variable d'une tumeur à l'autre ou sur une même tumeur selon qu'on examine leur surface ou leur épaisseur, comme dans le tissu embryo-plastique normal.

A côté de ces éléments on voit presque toujours une

(1) LEBERT. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 109.

quantité de matière amorphe, variable de l'une à l'autre de ces productions. (1) »

« Une remarque importante est celle-ci, le noyau existe séparément, jamais la fibre..... (2) »

Virchow (3) range les tumeurs jusqu'alors désignées sous les noms de tumeurs fibro-plastiques ou embryoplastiques dans son groupe des sarcomes qu'il définit : « une production dont le tissu, suivant le groupe général appartient à la série des tissus connectifs et qui ne se distingue des espèces nettement tranchées des groupes de tissu connectif que par le développement prédominant des éléments cellulaires. »

L'auteur spécifie que le tissu des néoplasies qu'il range sous ce terme général conserve jusqu'à la fin de son évolution le caractère embryonnaire sans jamais parvenir à l'état de tissu adulte : « Tel est le caractère même de ces tumeurs que les éléments cellulaires persistent comme tels et qu'ils ne passent pas à l'état de tissu connectif parfait. S'ils se développaient ainsi, s'ils produisaient ainsi une substance intercellulaire et fibrillaire, en masse considérable, les cellules seraient véritablement fibro-plastiques et la tumeur serait tout simplement un fibrome. Mais c'est justement la production exubérante et par masse des cellules, qui représente le summum, la véritable florescence de la tumeur. »

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, article « Lamineux ». — CH. ROBIN.

(2) CH. ROBIN. — *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, t. III, 1856.

(3) *Pathologie des tumeurs*, année 1869.

Il décrit les deux variétés morphologiques de nos fibromes embryonnaires actuels sous les noms de sarcome à cellules fusiformes, qui répond à la tumeur fibro-plastique de Lebert : « La tumeur fibro-plastique n'est autre que le sarcome à cellules fusiformes ou le sarcome fasciculé d'autres auteurs (1) » et de sarcome globo-cellulaire (tumeur embryo-plastique de Charles Robin.)

Il confirme les distinctions déjà établies par Lebert entre les néoplasmes désignés sous les dénominations que nous venons de citer et les tumeurs d'origine épithéliale constituant le véritable cancer ; « D'autres observateurs, et ils sont en grand nombre, ont cru devoir ranger une très grande partie des sarcomes immédiatement parmi les cancers à cause de leur malignité et leur donner le nom de carcinomes
... « La raison qui a forcé à faire ce rapprochement provient d'une observation très positive que j'avais déjà faite il y a quinze ans, et qui consiste en ce que les sarcomes ne sont nullement, comme plusieurs auteurs le pensent, des tumeurs bénignes, qui reviennent tout au plus localement ; mais qu'ils apparaissent aussi dans les glandes lymphatiques du voisinage ; qu'ils se développent dans des organes plus éloignés et enfin qu'ils se généralisent dans tout le corps ; qu'ils peuvent donc offrir toute la malignité des formes carcinomateuses.

C'est une observation aujourd'hui généralement

(1) VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*, p. 174.

reconnue. Mais cette circonstance n'autorise nullement à appeler cette tumeur un cancer, si l'on entend désigner par le mot cancer une structure déterminée (1). »

Il attire surtout l'attention sur les caractères histologiques qui permettent d'éviter la confusion entre les deux groupes de tumeurs :

« Il n'y a aucun problème plus difficile à résoudre dans l'onkologie, que celui de distinguer, dans certaines circonstances, le sarcome médullaire globocellulaire et le carcinome. Le rapport avec la substance intercellulaire en forme le critérium décisif. Tant qu'on aperçoit encore dans les cellules la faculté de laisser exsuder la substance intercellulaire, on n'est sûr de n'avoir pas affaire à un cancer, car celui-ci se distingue en ce que ses cellules se conservent comme telles, pour ainsi dire également pures et ne présentent de rapport intime qu'avec d'autres cellules. C'est donc avec raison qu'on s'appesantit sur la structure alvéolaire du cancer et la réplétion de ses alvéoles par des amas condensés de cellules épithéliales (2). »

« Jamais la structure des sarcomes n'est, dans le sens propre du mot, alvéolaire, de manière à ce que les cellules soient, comme celles des tumeurs cancéreuses, entassées dans des mailles particulières d'une trame (3). »

Virchow signale parmi les particularités propres à

(1) *Pathologie des tumeurs*, p. 182 et 183.

(2) *Pathologie des tumeurs*, p. 198.

(3) *Loco citato*; p. 202.

faire ressortir l'individualité du groupe de tumeurs qu'il désigne sous le nom de sarcomes : ce fait que leur propagation ne se poursuit jamais à travers un tissu différent du tissu conjonctif et l'intégrité habituelle des ganglions et des tissus lymphatiques : « Ce sont en tout cas des tissus de la substance connective qui se chargent du transport ; mais ils sont des plus variés (1). »

« Il existe, en outre, une certaine particularité, qui distingue précisément les sarcomes parmi les productions malignes, savoir : la fréquente immunité des glandes lymphatiques. Pour les cancers, c'est l'opposé qui est la règle. Une autre observation conforme à celle-ci, apprend qu'on ne connaît presque pas de cas où les vaisseaux lymphatiques aient été trouvés largement remplis de masse sarcomateuse. (2) »

Pour Billroth (dont la première édition date de 1869), la dénomination générale de sarcomes englobe depuis les sarcomes granuleux (sarcomes globo-cellulaires de Virchow) et les sarcomes à cellules fusiformes jusqu'aux néoplasmes constitués par les substances musculaire et nerveuse, en passant par les myxomes ou myxosarcomes et les endothéliomes. Cet auteur considère, en effet, les éléments cellulaires du sarcome à cellules fusiformes comme représentant des éléments muscu-

(1) *Loco citato*, p. 248.

(2) *Loco citato*, p. 251 et 252.

lares ou nerveux jeunes et non ceux du tissu conjonctif embryonnaire :

« Ce tissu fuso-cellulaire que l'on rencontre dans les sarcomes ne s'observe à aucune époque de la vie embryonnaire, ni même dans les tendons, le paradigme physiologique de ce tissu est constitué par le tissu musculaire et le tissu nerveux jeunes ; ces sarcomes à cellules fusiformes seraient donc de jeunes myômes ou de jeunes névromes. (1) »

MM. Cornil et Ranvier, (dont la première édition date de la même époque que celle de Billroth), définissent les sarcomes : « des tumeurs constituées par un tissu embryonnaire pur ou présentant une des premières modifications qu'il éprouve pour devenir un tissu adulte. » Ils en retranchent, par conséquent, contrairement à Billroth, les névromes et les myômes, ne conservant plus, à côté de toutes les variétés et sous variétés du fibrome embryonnaire et, sous le nom de sarcomes angiolithiques que les endothéliomes.

Dans leur classification, le sarcome globocellulaire devient le sarcome encéphaloïde et le sarcome fuso-cellulaire, le sarcome fasciculé.

Ces derniers auteurs énumèrent tous les modes de propagation que nous pouvons trouver réunis dans l'évolution de nos fibromes embryonnaires :

« L'accroissement de la tumeur a lieu :

1^o « aux dépens de ses propres éléments » ;

(1) BILLROTH. — *Traité de pathologie chirurgicale*, p. 806.

2° « par envahissement continu des tissus voisins » ;

3° « par envahissement discontinu » ;

4° « par métastase (1) ».

Au point de vue du pronostic, la gravité toute spéciale des fibromes embryonnaires purs relativement aux autres sarcomes n'a point non plus échappé à ces observateurs, ainsi qu'en témoigne la citation suivante que nous leur empruntons :

« En considérant ces tumeurs au point de vue de la gravité relative, on peut dire : qu'un sarcome est d'autant plus grave que son organisation est moins élevée, ou, en d'autres termes, que les sarcomes formés uniquement ou en majeure partie d'éléments embryonnaires, sont bien plus graves que ceux dans lesquels ces mêmes éléments ont de la tendance à s'organiser en tissus conjonctifs, osseux, etc. »

« Ainsi, parmi les sarcomes myéloïdes, ceux qui ressemblent absolument à la moëlle des os seront plus bénins que ceux dans lesquels on trouve des parties représentant le tissu du sarcome encéphaloïde et celui du sarcome fasciculé. (2) »

Enfin, en 1875, paraît le premier volume du traité d'anatomie pathologique de M. Lancereaux où cet auteur achève le démembrement de l'ancienne classe des sarcomes, rangeant les tumeurs qui le constituaient encore dans les deux groupes des fibromes embryonnaires et des endothéliomes :

(1) CORNIL et RANVIER. — *Anatomie pathologique*, p. 174.

(2) *Loco citato*.

« En vertu de circonstances spéciales encore mal déterminées, le tissu conjonctif à l'état pathologique, s'arrête quelquefois à la fin de l'une de ses phases d'évolution et ne parvient pas à son complet développement. Nous appelons fibromes embryonnaires toutes les formations incomplètes de ce tissu, qui sont généralement décrites sous le nom de sarcomes (1).

Ce sont les tumeurs jusque là désignées sous les noms de sarcomes globo-cellulaires ou encéphaloïdes et sarcomes fuso-cellulaires ou fasciculés qui deviennent alors les deux subdivisions fondamentales du fibrome embryonnaire :

« De même que pour accomplir son développement complet, le tissu conjonctif passe par deux états morphologiques distincts, la cellule ronde ou ovale et la cellule fusiforme, de même les fibromes embryonnaires sont composés plus spécialement, tantôt de cellules arrondies (fibrome embryonnaire globocellulaire), tantôt de cellules fusiformes (fibrome embryonnaire fuso-cellulaire (2). »

Dès cette époque, comme depuis, au cours de publications plus récentes, l'auteur s'est attaché à la recherche des principaux caractères qui séparent le groupe des fibromes embryonnaires de celui des épithéliômes, contribuant ainsi à justifier l'individualité qu'il a donnée au premier.

Notons d'abord ceux qui sont tirés de l'époque à laquelle se montre cette affection.

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, t. 1^{er}, p. 363.

(2) *Loco citato*.

« Les néoplasies conjonctives sont liées à l'accroissement des tissus. Les épithéliomes, au contraire sont intimement unis aux modifications que subissent ces mêmes tissus du fait des années (1) ».

« Les néoplasies conjonctives appartiennent surtout aux périodes de croissance et d'état de l'être humain. (2) »

« L'observation nous enseigne que le carcinome ne se développe jamais pendant la période d'accroissement de l'individu. Si quelques faits viennent contredire cette manière de voir, il suffit de les analyser attentivement pour reconnaître que leurs auteurs ont fait confusion entre les néoplasies conjonctives et les néoplasies épithéliales. Retenez bien cette notion ; faites-en votre profit dans la clinique journalière, et toutes les fois que vous verrez une tumeur d'apparence maligne chez un adolescent, affirmez hardiment qu'il ne s'agit pas d'un épithéliome. C'est là, à mon sens, une des lois les mieux établies de la médecine ; et les lois de la science, comme vous le savez ne souffrent aucune exception. (3) »

Au sujet de l'étiologie, si M. Lancereaux (4) a pu écrire la phrase suivante : « Il n'est pas douteux que le cancer soit héréditaire ; » il est obligé de considérer l'hérédité comme douteuse chez l'homme en ce qui con-

(1) *Journal de médecine interne*, 15 décembre 1897, p. 41.

(2) LANCEREAUX. — *Traité d'anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 308.

(3) *Journal de médecine interne*, 15 décembre 1897, p. 41.

(4) *Loco citato*.

cerne le fibrome embryonnaire fuso-cellulaire (1) tandis qu'il n'en fait aucune mention en ce qui concerne la variété globo-cellulaire. Quant au point de départ anatomique de la lésion primitive, il ne saurait avoir le même siège dans les deux cas :

« Les tumeurs ou végétations épithéliales prennent toujours naissance au sein ou dans le voisinage immédiat d'un tissu épithélial. »

« Le cancer ou carcinose ne se montre jamais primitivement dans un organe dépourvu d'épithélium, (rate, cœur, tissu musculaire, tissu osseux, ganglions etc.) ; par conséquent, il n'y a pas de cancer de la rate, de cancer des ganglions, de cancer des os, de cancer du cœur. Quand on emploie une de ces expressions, il ne peut s'agir que d'un cancer secondaire, propagé d'un organe pourvu d'épithélium à moins qu'on ait fait une confusion et qu'on ne parle de fibromes embryonnaires, vulgairement appelés sarcomes, mais d'une origine et d'une nature entièrement différentes du cancer. (2) » Enfin, il n'est pas jusqu'au mode d'évolution qui ne soit susceptible de présenter des dissemblances dans les deux maladies : « L'évolution des néoplasies conjonctives et des néoplasies épithéliales sont d'ailleurs fort distinctes. Les premières ont de la tendance à former des végétations de plus en plus volumineuses ; les secondes, au contraire, ont pour principaux caractères la destruction et l'ulcération. Les unes s'arrêtent quel-

(1) *Traité d'anatomie pathologique*, t. 1^{er}, p. 373.

(2) *Journal de médecine interne*, 1^{er} novembre, p. 12.

quefois dans leur évolution. les autres ont une extension pour ainsi dire indéfinie. »

« Les formations conjonctives primitivement isolées restent telles, et si elles se multiplient, c'est toujours dans le même système de tissus. (1) »

« Les tumeurs cancéreuses secondaires, à l'encontre de la tumeur primitive peuvent siéger dans les tissus de nature conjonctive, dans les os, dans les ganglions. (2) »

« C'est au moment où apparaissent les tumeurs secondaires que l'état général s'altère. (3) »

« Aux symptômes généraux propres à tous les cas de cancer, s'ajoutent d'autres phénomènes résultant de la résorption qui s'établit de façon insensible à la surface de l'ulcère et dont la combinaison avec des troubles d'autre nature engendre le syndrome connu sous le nom de cachexie cancéreuse. (4) »

Maintenant que nous avons montré les étapes successives suivies par l'histoire des fibromes embryonnaires jusqu'au moment où ceux-ci ont enfin conquis définitivement leur autonomie, si nous récapitulons brièvement les principaux points acquis grâce aux travaux des auteurs que nous venons de citer, relativement aux caractères qui permettent d'opposer fibromes embryonnaires et épithéliomes, nous arrivons à dresser le tableau comparatif suivant :

(1) *Anatomie pathologique*, t. 1^{er}, p. 423.

(2) *Journal de médecine interne*, 15 novembre 1897, p. 21.

(3) *Journal de médecine interne*, 1^{er} novembre 1897, p. 15.

(4) *Journal de médecine interne*, 15 novembre 1897, p. 22.

Le fibrome embryonnaire est une affection appartenant plus spécialement à l'enfance et à l'adolescence.

Le fibrome embryonnaire n'est pas héréditaire.

Le fibrome embryonnaire a toujours son point de départ dans un tissu conjonctif.

Le fibrome embryonnaire est souvent enkysté.

Le fibrome embryonnaire ne cesse de croître indéfiniment sur place et n'aboutit qu'exceptionnellement à la destruction ulcéreuse.

Le fibrome embryonnaire, lorsqu'il est primitivement unique, reste souvent isolé et respecte fréquemment les ganglions lymphatiques.

Le fibrome embryonnaire ne se propage qu'au sein des tissus conjonctifs.

Le fibrome embryonnaire n'empoisonne pas.

Le cancer est une affection appartenant plus spécialement à la période de déchéance organique.

Le cancer est héréditaire.

Le cancer a toujours son point de départ dans un tissu épithélial.

Le cancer n'est pas une tumeur enkystée.

Le cancer aboutit fatalement à la destruction ulcéreuse.

Le cancer, toujours primitivement unique, se multiplie presque fatalement.

Le cancer se propage dans tous les tissus.

Le cancer empoisonne.

Comme on peut s'en rendre compte d'après l'exposé que nous venons de tracer, toutes les fois que l'on se trouve, chez un enfant, en présence d'une tumeur, qui par sa localisation et par les désordres fonction-

nels qu'elle provoque, semble se rapprocher du cancer, on peut être certain qu'il ne s'agit pas d'un véritable cancer, mais vraisemblablement d'un fibrome embryonnaire.

Ces conclusions sont d'ailleurs absolument conformes à celles que M. de Saint-Germain tire de la relation publiée sous son nom dans la Revue des maladies de l'enfance (1), sous le titre : *Tumeurs malignes de l'enfance*. Nous les reproduisons ci-dessous textuellement : « En première ligne l'hérédité paraît manquer d'une manière absolue au point de vue de l'étiologie. Aucun des enfants observés par nous n'a présenté d'antécédents de famille. En seconde ligne, je ferai ressortir la rareté de la cachexie chez les enfants. Quelques ravages locaux que produise le mal, la constitution n'en paraît pas affectée ; les diverses fonctions s'exécutent bien ; le teint reste rosé, la coloration jaune-paille manque absolument, et si, dans le courant de nos observations, nous avons signalé quelques défaillances de l'état général, ces troubles n'ont été que passagers et n'ont paru tenir en rien à l'influence de l'affection maligne sur l'état général ; en un mot, l'infection paraît avoir généralement manqué. »

L'auteur de la précédente relation signale, du reste, expressément les sarcomes encéphaloïdes à prompt évolution comme occupant le premier rang par ordre de fréquence. Les quelques observations de tumeur rapportées, au cours de l'enfance, dans les thèses de

(1) 1883, t. I^{er}, p. 26.

Duzan (1876), Chauveau (1883) et Mariage (1895) sous la rubrique de cancer épithélial fussent-elles de nature, malgré l'absence de détails suffisants pour nous permettre de juger de leur structure exacte, à nous astreindre à quelques restrictions, nous n'en serions pas moins obligés de reconnaître avec MM. Le Dentu et Delbet (1) que : « presque toutes les tumeurs malignes des enfants sont des sarcomes ; (fibromes embryonnaires de M. Lancereaux.) »

Nous n'oublierons pas, néanmoins la place qu'il faut accorder aux lymphomes (Lymphadénome des auteurs classiques) dont Gilly a signalé récemment l'existence dans l'intestin des enfants (2), aux fibromes papillaires dont le pronostic semble redoutable quand ils ont pour siège la vessie et enfin aux adénomes, qui « sont des affections spéciales à la jeunesse (3) », peut être souvent prises pour des épithéliomes et dont nous trouvons un exemple ayant pour siège le rectum dans une observation de Karl Stern concernant une petite fille de 12 ans (4).

En ce qui concerne les fibromes embryonnaires de l'intestin, nous rappellerons l'opinion exprimée par Mermet (5) : « Nous croyons que trop souvent on a englobé sous le nom de lymphadénie intestinale, forme néoplasique, de vrais sarcomes de l'intestin ; nous

(1) *Traité de chirurgie*, t. I^{er}, p. 626.

(2) GILLY. — Thèse de Paris, 1886.

(3) LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 410.

(4) Voir, pour la traduction, Thèse de Mariage, Paris, 1894-95.

(5) *Bulletin de la Société anatomique*, 1896, p. 828.

n'en voulons pour preuve que les titres divers donnés par les auteurs aux observations qu'ils ont publiées. »

Le nombre des cas que ce dernier a pu recueillir s'élève à dix-huit dont deux seulement, ceux que nous empruntons à Bessel Hagen et à Karl Stern appartiennent à l'enfance. Presque toujours, il s'agit de fibromes embryonnaires globo-cellulaires (1) ». Telle est aussi l'opinion exprimée par Brault au cours de la relation qu'il a publiée d'un cas observé chez un jeune homme de 23 ans (2). « Histologiquement ainsi que l'a dit Madelung, il s'agit presque toujours du type globo-cellulaire, du sarcome encéphaloïde comme on l'appelait autrefois. Le type fuso-cellulaire est extrêmement rare. »

Les observations de fibromes embryonnaires de l'intestin appartenant à l'enfance et accompagnées de l'examen histologique, que nous avons pu réunir au cours de nos recherches, confirment pleinement cette opinion, car tous sans exception appartiennent au type globo-cellulaire.

(1) MERMET. — *Loco citato*.

(2) *Revue de médecine*, juillet 1895.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Rappelons-nous, conformément aux conclusions que nous avons admises dans la première partie de notre travail, que la période de l'existence qui est l'époque de prédilection pour le développement des fibrômes embryonnaires est précisément celle au cours de laquelle s'accomplit l'évolution des tissus et que ces néoplasmes ne se rencontrent plus à partir d'un certain âge ; notons avec Virchow « la fréquence des sarcomes développés dans les glandes sexuelles, surtout pendant la puberté et l'âge adulte, par conséquent durant une période où leur tissu se trouve une seconde fois en état de vulnérabilité par suite d'un nouveau travail de formation » ; retenons : « la fréquence des tumeurs sarcomateuses dans les os, vers la fin de la période de croissance, alors que s'établit le rapport réciproque entre la moëlle et le tissu osseux, et que de notables modifications surviennent dans ces deux tissus (1).

N'oublions pas non plus qu'il existe des observations

(1) VIRCHOW. — *Pathologie des tumeurs*, p. 234.

de fibromes embryonnaires congénitaux dont nous rapportons nous-même un exemple et nous serons conduits à envisager le développement de ces derniers comme une dérogation aux lois suivant lesquelles s'accomplit l'évolution normale des tissus, puis à rechercher la cause de celle-ci.

Si pour tâcher d'éclairer la question dans la mesure du possible, nous comparons le fibrome embryonnaire aux productions pathologiques, résultant de l'accroissement exagéré d'un tissu et dont l'étiologie nous est déjà connue, il sera impossible de ne pas être frappé des analogies que présente ce néoplasme avec les hyperplasies inflammatoires prolifératives.

A l'origine, en effet, et quelle que soit la nature de l'agent irritant, « l'irritation phlegmasique se traduit toujours par l'apparition d'éléments analogues à ceux de l'état embryonnaire (1) ».

Ce n'est donc pas l'élément histologique, mais plutôt l'agencement des éléments, et surtout leur degré de vitalité et leur mode d'évolution « toujours en rapport, dans les phlegmasies prolifératives avec la nature de l'agent irritant (2) », qui est en mesure de caractériser les deux lésions. Tandis que les éléments du fibrome embryonnaire se multiplient indéfiniment en conservant jusqu'à la fin le type embryonnaire, il est loin d'en être de même de ceux des phlegmasies prolifératives.

Dans les unes (Phlegmasies prolifératives-caséeuses)

(1) LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 278.

(2) LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 279.

« le tissu embryonnaire subit des modifications qui arrêtent son développement et donnent au tissu enflammé, des apparences diverses dont l'une des plus communes est la transformation ou dégénérescence caséuse (1) ».

« Dans les autres (phlegmasie prolifératives scléreuses), les cellules embryonnaires loin de cesser de s'accroître, de s'infiltrer de granulations graisseuses et de se détruire, en un mot, continuent à se développer »

Avec le temps, ces nouvelles formations prennent tous les caractères d'un tissu conjonctif plus ou moins dense, des vaisseaux lymphatiques s'y développent et l'on y a signalé la présence de filets nerveux et de fibres musculaires organiques ». « Quelle que soit la forme que revêtent ces altérations, le tissu de nouvelle formation qui les constitue, généralement vivace, n'a qu'une faible tendance à la régression naturelle ; aussi les agents thérapeutiques connus, sont-ils impuissants à arrêter son évolution et à amener sa résorption (2). »

Ainsi, par leur vitalité et par leur résistance à l'action des agents médicamenteux, les hyperplasies inflammatoires scléreuses semblent établir la transition entre le reste des phlegmasies prolifératives et les fibromes embryonnaires, qui, uniquement préoccupés de s'accroître, ne peuvent s'organiser en tissu adulte et ne présentent aucune tendance à la régres-

(1) LANCEREAUX. — *Traité d'anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 259.

(2) LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 272 et 273.

sion. Or, sachant que « les phlegmasies prolifératives scléreuses prennent naissance sous l'influence d'une irritation plus ou moins prolongée des tissus (1). » ne semble-t-on pas autorisé à émettre l'hypothèse, que les fibromes embryonnaires peuvent bien avoir pour point de départ une action analogue et à rechercher la cause de la persistance indéfinie de leurs éléments à l'état embryonnaire, ainsi que de l'activité toute spéciale de leur propriété végétative, dans la continuité ou l'intensité particulière de l'irritation et, par suite à rechercher la nature de l'agent irritant ?

Celui-ci est-il un agent extérieur ? Cet agent est-il un agent traumatique ou chimique ? En ce qui concerne l'influence des irritations traumatiques, bien qu'elle ait été signalée plus fréquemment pour le fibrome embryonnaire que pour toute autre néoplasie conjonctive, nous sommes obligés de reconnaître avec M. Lancereaux, (2) qu'elle est loin d'être constante, et qu'elle ne doit être considérée que comme cause occasionnelle. Nous serons conduits à en dire autant de toutes les irritations dues à un agent extérieur, quel que soit leur mode d'action, mécanique ou chimique, en présence de la remarque suivante que nous empruntons à Billroth : « Quelque variée que puisse être la nature des irritants, et quelques nombreuses que soient les expérimentations faites avec eux, on n'a jamais réussi à produire artificiellement une tumeur

(1) LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 277.

(2) *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 307.

par des irritations mécaniques ou chimiques; la néoplasie inflammatoire qui seule peut-être produite de cette façon, ne persiste pas beaucoup au-delà de l'irritation. Quelle que soit la manière dont nous fassions agir les irritants mécaniques ou chimiques, quel que soit l'endroit où nous les appliquons, nous ne produisons autre chose que des inflammations; s'il existe donc des irritants chimiques et mécaniques spécifiques (et je n'entends parler ici que de ceux qui viennent du dehors et non de ceux qui proviennent des tumeurs déjà existantes, c'est-à-dire des irritants dont l'action donne nécessairement une tumeur, ils sont inconnus jusqu'ici. »

Quand à l'existence d'un microbe spécifique du fibrome embryonnaire, il nous semble que nous devons être très réservés, vu les résultats négatifs des inoculations pratiquées jusqu'à ce jour par Franke (1) et par M. Moty (2), avec des cultures de bacilles trouvés au sein du néoplasme en question.

Force nous est donc d'admettre, pour expliquer l'éclosion d'un fibrome embryonnaire à la suite d'une irritation provenant d'un agent étranger à l'organisme, de joindre à la notion de cette irritation celle d'une prédisposition organique sans laquelle on n'aurait eu qu'une phlegmasie banale.

Faut-il admettre comme le veut Cohnheim que cette prédisposition relève de la présence, au sein des tissus,

(1) Voir *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, t. I^{er}, p. 142.

(2) *Bulletin de la Société de médecine*, 21 décembre 1894.

de germes jusque-là inutilisés, mais ayant conservé à l'état latent leur activité embryonnaire. Si nous acceptons cette hypothèse, il nous resterait à expliquer sous quelle influence l'activité endormie pendant de longues années de ces germes se réveillerait un beau jour et pourquoi sa mise en jeu donnerait naissance à des productions si différentes des processus évolutifs de de l'embryon. Dès lors, la question subsisterait dans son intégrité.

Cette prédisposition réside-t-elle dans une anomalie de la nutrition qui serait l'expression d'un état constitutionnel ? L'absence d'hérédité pour le fibrome embryonnaire ne rend guère vraisemblable cette dernière hypothèse, à l'encontre de ce qui se passe à l'égard du cancer « pour lequel la prédisposition générale est mise hors de doute par le fait de l'hérédité (1). » Aussi, si nous sommes obligés de considérer, avec Billroth, l'individu qui est porteur d'un fibrome embryonnaire comme étant, jusqu'à un certain point : « un individu anormal ; » nous pouvons peut-être nous permettre de trouver exagérée cette conclusion du même auteur « qu'il appartient à une race pathologique (2) »

Mais, si nous ne pouvons admettre l'existence d'un état constitutionnel, il nous est tout aussi difficile d'admettre celle d'un désordre toujours exclusivement local à cause de la fréquence relativement assez con-

(1) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 15 décembre 1897, p. 41.

(2) BILLROTH. — *Pathologie des tumeurs*, chapitre de l'« Étiologie ».

sidérable des fibromes embryonnaires multiples, débutant simultanément sur plusieurs points.

Cette dernière hypothèse paraît, du reste, peu en rapport avec la fréquence de la localisation du néoplasme sur des points soumis à une irritation traumatique préalable.

Il serait, en effet, singulier que, dans un aussi grand nombre de cas, l'irritation traumatique ait porté précisément dans le point où siégeait la prédisposition au néoplasme.

D'autre part, l'anomalie de la nutrition qui la constitue, agit-elle, comme le veut Rindfleisch, en élaborant des matériaux de déchet qui joueraient le rôle d'agents irritants de cause interne ? Et, dans ce cas, le processus irritatif qui serait le point de départ de la formation embryonnaire, porterait-il directement sur l'élément anatomique, ainsi que l'admet M. Lance-reaux, pour certaines phlegmasies prolifératives scléreuses, telles que celles de la cirrhose, de la lèpre et de la syphilis (1) ou bien agirait-il par l'intermédiaire du système nerveux qui préside à leur accroissement ; ainsi que le même auteur paraît l'accepter pour d'autres ? (2). Ce sont là autant de questions qui ne nous semblent pas avoir été abordées jusqu'ici et qu'il serait peut-être téméraire de chercher à résoudre actuellement.

L'état de nos connaissances actuelles sur l'étiolo-

(1) *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 278.

(2) *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 278.

gie et la pathogénie des fibromes embryonnaires semble donc pouvoir se résumer dans les points suivants :

1° « Contrairement aux phlegmasies, les néoplasies conjonctives ne sont jamais produites par un agent virulent, du moins, il n'est pas possible jusqu'à présent de citer un seul exemple de transmission de ces lésions par inoculation (1). »

2° « Les circonstances physiologiques qui agissent sur la genèse des fibromes embryonnaires de même que le traumatisme ne sont que de simples causes occasionnelles et n'ont d'effet qu'autant qu'il existe au préalable une prédisposition générale ou locale de l'organisme (2). ».

Quant à la nature de cette prédisposition, il faut avouer que, malgré les hypothèses émises à son sujet, elle est encore pour nous un mystère.

(1) LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 308.

(2) LANCEREAUX. — *Anatomie pathologique*, t. I^{er}, p. 308.

OBSERVATION I (*Résumée*).

(Empruntée à la thèse de DEBRÜNNER)

(*Traduction inédite.*)

Fibrome embryonnaire (sarcome) primitif de l'intestin grêle. Productions néoplasiques métastatiques dans les ganglions mésentériques, les ganglions sacrés et les ganglions lombaires, le diaphragme et le cœur. Infiltration de la paroi postérieure de la vessie et du rectum.

Anamnèse.

Henri Bär entre à l'hôpital d'enfants de Zurich le 19 novembre 1874.

Le père du malade était ouvrier manufacturier ; il est mort depuis un an à la suite d'une maladie de dix semaines et qui était caractérisée par de l'hydropisie ; en temps ordinaire, il n'était jamais malade. La mère est vivante et, à l'exception de quelques accès de migraine, elle jouit d'une santé parfaite.

Le début de l'affection actuelle remonte à trois semaines.

Sans que l'enfant attirât lui-même l'attention sur ce point, la mère remarqua qu'il perdait le coloris primitif de son visage et qu'il devenait étrangement pâle. Il vomissait fréquemment pendant la nuit, il maigrissait. La mère attribuait ces phénomènes à ce qu'il mangeait des fruits. Il souffrait fréquemment de douleurs lombaires et sacrées. L'abdomen n'était nullement douloureux, Plus tard, survinrent également des douleurs dans la région du cœur et dans la région de l'estomac, principalement à la suite des repas. C'était surtout la nuit que se faisaient sentir les douleurs lombaires et sacrées. Il y a une semaine que

l'enfant garde le lit, et depuis lors, il se plaint d'une augmentation de fréquence des envies d'aller à la selle. Malgré de violents efforts, il ne sort qu'une quantité insignifiante d'excréments, mêlée d'un peu d'urine. Les efforts de défécation s'accompagnent de douleurs dorsales. Il y a peu de temps, l'appétit était encore bon. Dans ces derniers jours, il a diminué, mais en revanche, le petit garçon manifeste une soif ardente.

Hier et avant-hier, l'enfant eût une nuit très agitée, il ne dormit pas un seul instant et se plaignait de douleurs dorsales, qui par moments semblaient s'irradier jusque dans les jambes.

État actuel.

Bambin pâle, mal nourri, très incomplètement développé pour son âge; lèvres pâles ainsi que les conjonctives. Thorax aplati. Aplatissement un peu plus accentué du côté droit. La peau mince et délicate de la poitrine est parcourue dans une grande étendue, par des veines nettement visibles par transparence, particulièrement sur le trajet de l'ombilic aux seins. Le soulèvement thoracique lié à la respiration est absolument symétrique des deux côtés.

Faibles pulsations des vaisseaux du cou.

Choc de la pointe nettement perceptible. Ébranlement diffus de la surface précordiale.

Les fosses sus et sous-claviculaires sont également sonores. En avant, le murmure respiratoire est partout normal.

A gauche et en avant, dans l'espace qui s'étend du sommet du poumon à la région précordiale, on entend, au cours de l'expiration, un râle ronflant qui disparaît par la toux.

A gauche et en arrière, dans l'espace qui s'étend du sommet au niveau de la partie moyenne de l'omoplate : même son qu'à droite. Dans la fosse sus-épineuse droite : égalité à peine plus élevée qu'à gauche.

Au milieu des fosses sous-épineuses, cette différence d'égalité est plus considérable, et ce au détriment du côté droit ; plus bas, elle va en s'accroissant sans interruption.

La matité absolue commence à égale distance entre l'épine et l'angle inférieur de l'omoplate. Dans l'espace compris entre l'omoplate et la colonne vertébrale, cette matité commence deux centimètres plus bas.

La limite inférieure de la matité répond à la limite inférieure du foie.

La limite supérieure de la matité dépasse, au contraire, de sa hauteur, la limite supérieure du foie.

Sur le côté droit de la colonne vertébrale, elle commence au niveau de la huitième apophyse épineuse ; en allant en dehors, elle remonte le long du bord interne de l'omoplate jusqu'à la hauteur de la septième apophyse épineuse ; en dehors de ce point, elle s'élève encore un peu jusqu'à ce qu'elle ait atteint le niveau de la sixième apophyse épineuse ; au milieu de l'espace compris entre l'angle de l'omoplate et la ligne axillaire postérieure elle descend jusqu'au dessous de la limite supérieure du foie, précédemment mentionnée.

Cette aire de matité présente les hauteurs suivantes : sur la ligne axillaire postérieure, 4 centimètres ; sur la ligne scapulaire, 6 centimètres et demi ; à égale distance de la ligne scapulaire et de la colonne vertébrale, 6 centimètres.

Lors des très profondes inspirations, la limite supérieure arrondie de la matité s'abaisse de 3 centimètres.

Le retentissement de la voix est très affaibli. Le murmure respiratoire est normal.

La matité cardiaque relative commence au niveau du bord supérieur de la troisième côte. La matité cardiaque absolue commence au niveau du bord supérieur de la quatrième côte pour s'étendre jusqu'au bord supérieur de la cinquième.

En dehors, elle dépasse la ligne mamillaire d'un centimètre; vers la droite elle atteint le bord gauche du sternum.

Les bruits du cœur sont nels et assez intenses.

Au niveau du cou et des deux côtés: bruissement veineux continu et éclatant.

L'abdomen du malade est fortement tuméfié.

L'ombilic est refoulé en avant et fait saillie sur toutes les parties environnantes comme s'il était surhaussé. L'épigastre est assez plat. La moitié inférieure de l'épigastre va en s'élevant dans la direction de l'ombilic.

La moitié inférieure de l'abdomen présente une voussure antérieure hémisphérique, un peu plus accentuée à droite, surtout dans le point qui répond au mésogastre.

L'épigastre est souple à la palpation et nullement douloureux à la pression.

A trois doigts au dessus de l'ombilic, là où commence la tuméfaction de l'abdomen, on sent une tumeur qui s'étend symétriquement des deux côtés de l'abdomen, à gauche jusqu'à la ligne axillaire antérieure. A droite, on perçoit, à l'endroit indiqué une ramification de la tumeur qui est assez résistante et présente quelques crénelures. A droite de l'ombilic, aux environs de la ligne mamillaire,

on perçoit à la pression de bas en haut, sur une étendue de 3 centimètres, une crépitation spéciale. Pendant les mouvements respiratoires, on ne perçoit nulle part de frottement.

Vers le bas, on ne peut pas limiter la tumeur.

Immédiatement au dessus de la symphise, l'abdomen devient un peu plus souple, mais, dans la profondeur, la tumeur semble s'étendre vers le petit bassin. Sur toute la surface de la tumeur, la matité est absolue.

La limite de la matité décrit une courbe à convexité supérieure qui a son point culminant à 3 centimètres au dessus de l'ombilic.

La tumeur n'est douloureuse qu'au dessus de la symphise et encore à un degré peu accentué. Sa face antérieure est assez unie. A droite de la ligne blanche, à peu près à égale distance entre la symphise et l'ombilic, elle présente un sillon transversal au dessus duquel se trouve une éminence peu accentuée. Cette dernière répond au point au niveau duquel on percevait la crépitation spéciale.

L'éminence ci-dessus mentionnée est un peu plus souple que la partie située au dessous du sillon. Au niveau de la partie déclive, la tonalité à la percussion est éclatante, même au voisinage du dos; il n'y a certainement aucune ascite. La matité de la tumeur se confond avec celle de la cuisse. Dans la position convenable pour le palper abdominal, le son tympanique commence un peu sur la vossure costale, comme dans la position assise. Latéralement et en bas : son plus nettement tympanique jusqu'au voisinage de la crête iliaque.

A gauche, dans la région symétrique, la tonalité est un peu plus obscure, particulièrement dans une zone siégeant à 5 centimètres en dehors de la colonne vertébrale; en

allant vers le bas, elle s'accroît jusqu'au voisinage de la crête iliaque.

La peau de la région lombaire gauche, comparée à celle du côté droit est légèrement œdématiée jusqu'au voisinage du flanc. Du côté du flanc droit on ne peut percevoir la tumeur, on sent cependant une résistance, mais qui répond au rein.

La palpation des os du bassin, et, en particulier, des crêtes iliaques révèle une régularité parfaite.

Le décubitus abdominal fait souffrir le malade.

La matité hépatique commence sur la ligne mamillaire droite, au niveau du bord supérieur de la cinquième côte pour s'étendre jusqu'au bord supérieur de la septième côte. Sur la ligne axillaire antérieure, elle commence au niveau de la sixième côte et s'étend jusqu'au bord supérieur de la huitième côte. Sa limite inférieure n'est pas appréciable à la palpation. La matité splénique, située sur son emplacement normal, présente environ trois centimètres de hauteur sur trois centimètres et demi de largeur.

Le scrotum est légèrement œdématié ; la jambe gauche l'est également, bien qu'à un très faible degré.

À droite, il semble qu'il y ait aussi un peu d'œdème. Les ganglions lymphatiques de la région inguinale sont tuméfiés.

L'introduction du thermomètre dans l'anus provoque de la douleur.

Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic : 61 centimètres.

Circonférence abdominale à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic : 63 centimètres et demi.

Circonférence symphisaire : 55 centimètres.

Distance de l'appendice xiphoïde à l'ombilic : 14 centimètres.

Distance de l'ombilic à l'os pubien : 25 centimètres.

T. 37,5 ; P. 120 ; R. 24.

21 novembre. — Très mauvaise nuit. Douleurs continues entravant le sommeil. Violentes douleurs dorsales.

T. 37,2, 37 ; P. 120 ; R. 32.

22 novembre. — Malgré une dose de morphine de 0 gr. 001, le petit garçon n'a pu dormir entièrement. Toujours la même agitation.

Dans la partie gauche de la région lombaire, en arrière de la ligne qui joint l'ouverture de la base du thorax à l'épine iliaque postéro-supérieure : douleur spontanée qui n'est pas exagérée par la pression.

A ce niveau, la palpation ne révèle que de la souplesse de la paroi abdominale sans qu'il soit possible de percevoir ni tumeur, ni résistance, tandis qu'à droite, dans la région symétrique, on peut sentir l'extrémité supérieure arrondie de la tumeur.

T. 36,4, 36,8 ; P. 132. R. 36.

23 novembre. — Le patient se plaint de douleurs qui auraient pour siège la colonne vertébrale et présenteraient, paraît-il, des deux côtés la même intensité. A gauche, les parois abdominales sont œdématisées ; à droite elles le sont aussi, mais à un moindre degré.

Par suite de cet œdème, on ne peut plus sentir à la palpation la saillie de la tumeur précédemment perçue en haut et à gauche.

Exploration rectale dans le sommeil chloroformique.

Sphincters complètement relâchés. On sent distinctement la prostate grosse comme un haricot. A gauche de

celle-ci, derrière la symphise, on peut atteindre une tumeur grosse comme un haricot et plus à gauche encore, une autre tumeur plus volumineuse, grosse environ comme une amande, qui se trouve immobilisée contre la branche pubienne et qui se laisse rigoureusement délimiter.

A droite, on arrive sur une tumeur semblable, beaucoup plus volumineuse, qui repousse le rectum en arrière. Celle-ci s'étend jusqu'à la symphise. On ne réussit pas à atteindre son extrémité droite. A gauche et en avant, elle se laisse circonscrire dans une plus grande étendue qui correspond aux limites gauches perçues à travers la paroi abdominale. Sa limite supérieure est inaccessible.

En insinuant aussi haut que possible le doigt entre le sacrum et la tumeur, on arrive en un point qui correspond au promontoire où cette dernière est solidement fixée à l'os. Telle est la disposition que l'on rencontre du côté droit.

A gauche, la courbure rectale se dirige vers le haut comme à l'état normal.

La tumeur donne au doigt explorateur la même impression que si elle était issue du sacrum. Vers sa partie inférieure, elle est arrondie et assez unie, abstraction faite de quelques dépressions auxquelles correspondent des saillies peu élevées. Sa consistance est en général assez ferme. L'introduction d'un cathéter dans l'urèthre s'exécute avec facilité et donne une petite quantité d'urine limpide.

T. 37, 37,2 ; P. 116 ; R. 34.

24 novembre. — Œdème accentué du scrotum, du prépuce et des extrémités inférieures ; même la cuisse et le mont de Vénus sont fortement œdématiés.

La saillie de la moitié supérieure de la tumeur est redevenue appréciable. La crépitation perçue à droite de l'om-

bilic peut s'entendre, en dehors de toute pression, pendant l'inspiration et l'expiration. Il y a aussi de la crépitation à la pression, à gauche de l'ombilic.

Violentes douleurs provoquées par les mouvements des membres inférieurs.

Les veines de la poitrine et de l'abdomen sont fortement dilatées.

Des deux côtés son tympanique, un peu plus obscur qu'auparavant par suite du développement de l'œdème.

En arrière et à gauche de la colonne vertébrale : forte tuméfaction œdémateuse de la peau occupant l'espace compris entre le bassin et le thorax.

Sur la partie inférieure droite du thorax : matité remontant jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

A gauche, le diaphragme est refoulé en haut. T. 36° 5, 37° 2.

26 novembre. — Présentation clinique et conférence.

La tumeur semble sortir du petit bassin.

Ni le foie, ni la rate ne sont intéressés.

La dimension colossale de la tumeur plaide en faveur de l'hypothèse d'une tumeur fécale.

Celle d'une tumeur ayant pour siège l'estomac doit être éliminée.

L'hypothèse d'une invagination est également à rejeter, à cause de l'absence de constipation et du volume de la tumeur.

Au cours de l'enfance, il n'existe pour ainsi dire point de néoplasmes malins susceptibles d'acquérir un pareil volume. (Cette dernière assertion a été reconnue fausse plus tard).

Les parois abdominales peuvent glisser sur la tumeur.

L'hypothèse d'une tumeur du rein et des ganglions ré-

tropéritonéaux est également à repousser ; car, en ce qui concerne un néoplasme du rein occupant sa position normale, la situation de la tumeur répond au milieu de l'abdomen ; en ce qui concerne une tumeur des ganglions rétropéritonéaux, la situation de celle qui nous occupe, répond à la région sous-ombilicale.

La tumeur peut provenir d'un organe situé dans le petit bassin.

La vessie ne peut pas être incriminée, car le carcinome vésical n'est aucunement capable d'atteindre un pareil volume ; en second lieu, l'urine est absolument normale, et le petit garçon urine aussi facilement que d'habitude.

Le rectum semble normal au toucher, ainsi que la prostate dont les néoplasmes sont susceptibles de donner naissance à de semblables tumeurs.

Le péritoine n'en produit pas d'aussi volumineuses, et ces dernières sont de consistance plus dure.

La péritonite tuberculeuse donne lieu à des tumeurs disséminées, mais moins volumineuses et d'un aspect bosselé. Il ne nous reste plus qu'à penser, soit à la dégénérescence sarcomateuse d'un rein flottant ou d'un rein en fer à cheval, soit à une tumeur issue des ganglions sacrés. La première des deux affections a été observée ; cependant, dans le cas qui nous occupe, elle est invraisemblable, l'excrétion urinaire n'offrant aucune interruption.

En faveur d'une tumeur des ganglions rétropéritonéaux les plus inférieurs plaident la situation du néoplasme et les crânelures de sa surface.

Le diagnostic probable est, par conséquent, celui de sarcome médullaire des ganglions lymphatiques rétropé-

ritonéaux situés immédiatement au dessus et sur les côtés du promontoire.

26 novembre. — L'œdème a considérablement augmenté.

Le malade se plaint de douleurs sous-ombilicales.

Le scrotum et le prépuce sont considérablement tuméfiés. La circonférence abdominale s'est fortement accrue.

A l'ombilic, elle atteint 67 centimètres et demi.

Au milieu de l'épigastre, elle mesure 65 centimètres et demi. T. 36,2. P. 160. R. 38.

27 novembre. — Circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic, 68 centimètres.

29 novembre. — La dilatation veineuse abdominale a fait des progrès.

Au dessus des réseaux veineux les plus anciens, principalement à gauche, de nouvelles veines rouge-clair se sont formées.

En arrière et à droite, l'œdème cutané remonte jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate; il en est de même à gauche.

La tumeur déborde l'ombilic de quatre travers de doigt.

La circonférence abdominale au niveau de l'ombilic est de 72 centimètres; à égale distance de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic, elle est de 73 centimètres.

Les selles qui sont fréquentes, ne donnent lieu qu'à l'évacuation d'une petite quantité de matières mucilagineuses.

L'enfant a été très agité pendant la nuit, malgré deux doses de morphine de 5 milligrammes chacune. Ce ne fut que vers le matin qu'il devint un peu plus calme.

L'enfant mange peu; il a une soif ardente. Depuis

quelques jours, l'état de ses forces a considérablement diminué; il a déjà une apparence extrêmement cachectique. L'urine est trouble, rare; elle laisse un fort dépôt d'urates. Elle contient des globules de pus, des cellules épithéliales et quelques cylindres. L'urine filtrée ne renferme pas trace d'albumine.

Le malade quitte l'hôpital. Il mourut chez lui peu de temps après.

Autopsie.

Corps extrêmement amaigri. Abdomen fortement distendu.

Dilatation veineuse accentuée à la surface de la poitrine et de l'abdomen.

Épanchement abondant dans la cavité pleurale gauche.

Épanchement moins considérable dans la droite.

Cœur de dimensions normales.

Sur le ventricule droit et au voisinage de la pointe, on remarque un ganglion blanc et rond d'un centimètre de diamètre. La surface de section de ce dernier est blanche et lisse. De semblables ganglions dont un d'une épaisseur de 2 centimètres, se rencontrent également dans l'endocarde. La musculature même du cœur est normale. Sur la face supérieure du diaphragme, au voisinage du médiastin, on trouve des ganglions blancs tout à fait semblables aux précédents et dont la structure offre un aspect encéphaloïde très accentué.

Du côté droit, le diaphragme est infiltré dans une assez grande étendue par cette masse de tissu néoplasique blanc.

Dans la cavité abdominale une très petite quantité de liquide trouble.

La tumeur est située dans le grand bassin ; de là, elle se prolonge jusque dans la cavité abdominale. Sur la ligne médiane, elle ressemble à un utérus gravide et refoule les intestins en haut. L'épiploon recouvre les intestins comme à l'état normal. Sa graisse a complètement disparu. En revanche, on y découvre une foule de néoplasmes blancs, d'apparence médullaire, du volume d'un grain de chénevis à celui d'une graine de lin.

La tumeur présente exactement les dimensions qu'on lui avait trouvées pendant la vie.

A l'endroit où l'on avait perçu le léger frottement péritonéal, il y avait une adhérence. Une anse intestinale pénétrait de haut en bas dans l'épaisseur de la tumeur. Sur sa partie supérieure, ses parois sont encore normales ; au niveau de son point d'abouchement avec la tumeur, celles-ci sont considérablement épaissies. La muqueuse traverse la tumeur intérieurement ; la séreuse en recouvre la surface extérieure.

Entre la musculaire et la sous-muqueuse, on découvre une infiltration de tissu néoplasique blanc et d'apparence médullaire, rendant d'abord de plus en plus difficile, à mesure que l'on s'enfonce davantage dans l'épaisseur de la tumeur, puis tout à fait impossible la distinction entre la musculaire et la muqueuse.

La face supérieure de la tumeur était rouge-pâle, injectée par places. La tumeur envoyait dans le petit bassin un prolongement conique, descendant. La vessie est déplacée vers la partie antéro-supérieure de la tumeur.

La paroi vésicale antérieure est tout à fait normale.

En arrière et à gauche du rectum on trouve une grande quantité de ganglions lymphatiques augmentés de volume.

La muqueuse de la paroi postérieure du rectum est normale. Au dessous de cette muqueuse se trouvent plusieurs couches peu épaisses de tissu néoplasique. La paroi antérieure du rectum est, dans un espace de 4 à 5 centimètres, blanche, d'apparence médullaire, infiltrée ; à ce niveau, la muqueuse est conservée.

Plus haut, dans l'épaisseur de l'anse intestinale, on découvre une semblable infiltration. Quelques ganglions mésentériques sont également métamorphosés en tumeurs du volume d'un haricot à celui d'un œuf de pigeon.

Au milieu d'une coupe intéressant la tumeur dans toute sa longueur, se trouvait une grande cavité large de 5 à 6 centimètres, haute d'environ 13 centimètres et remplie d'une masse fécale, à consistance de bouillie.

La paroi de cette cavité est irrégulière, elle présente de petites anfractuosités et des saillies.

L'anse d'intestin grêle qui pénètre en haut et à gauche dans l'épaisseur de la tumeur, débouche dans la cavité et en ressort sur le côté droit de celle-ci.

L'épaisseur de la paroi antérieure de la tumeur est de 7 centimètres ; celle de la paroi supérieure de 2 centimètres ; celle de la paroi inférieure de 6 centimètres. La partie inférieure de la tumeur est un peu plus vascularisée. En haut et en arrière, sa surface de section est à peu près aussi blanche.

La paroi postérieure de la vessie est aussi infiltrée secondairement par le néoplasme ; ses faisceaux musculaires sont dissociés par des masses blanches, d'apparence médullaire.

Diagnostic anatomique :

Néoplasme primitif de l'intestin grêle. Productions

néoplasiques métastiques dans les ganglions mésentériques, les ganglions sacrés et les ganglions lombaires, le diaphragme et le cœur. Infiltration de la paroi postérieure de la vessie et du rectum.

DISCUSSION

Dans notre observation I la tumeur ne s'était traduite par des troubles appréciables qu'après avoir envahi une grande partie de l'abdomen. Dans ces conditions, il devenait particulièrement difficile d'en découvrir le point de départ. Comme l'auteur de la relation, nous croyons devoir rejeter l'hypothèse d'une tumeur du rein occupant sa position normale bien que le fibrome embryonnaire (sarcome) du rein, fréquemment observé au cours de l'enfance, par les troubles digestifs qu'il entraîne quelquefois, par l'absence presque constante du varicocèle symptomatique, par la rareté relative des hématuries et des troubles de la miction (1), soit susceptible de se traduire par un tableau clinique fort voisin de celui que nous venons de tracer.

Dans les fibromes embryonnaires du rein « l'un des flancs forme une saillie asymétrique se prolongeant plus ou moins dans l'abdomen (2) » tandis que, dans notre cas, « la tumeur s'étendait symétriquement des deux côtés de l'abdomen » et si la voussure abdominale était un peu plus accentuée à droite, c'était surtout au niveau du mésogastre et non dans le flanc ; la

(1) Thèse de DUMONT, 1888-79.

(2) Thèse de DUMONT.

tumeur répondait surtout « au milieu de l'abdomen. »

Dans les tumeurs du rein, bien que l'ensemble soit mat à la percussion, « il est exceptionnel que l'on ne trouve pas une bande sonore en avant de la tumeur. En avant, on voit et on sent une sorte de corde qui coupe obliquement la tumeur en écharpe (corde colique) (1). »

Nous ne trouvons rien de semblable en avant de l'aire de matité fournie par la tumeur, dans le cas qui nous occupe.

Dans les tumeurs du rein, « la percussion de la région lombaire donne une matité absolue (2) ». Ici, l'aire de matité signalée en arrière et à droite ne descendait pas au dessous de la limite inférieure du foie.

De plus, dans les fibromes embryonnaires (sarcomes) du rein, « la palpation de la région lombaire donne une sensation de plénitude, de dureté et de résistance au doigt s'étendant jusqu'à la colonne vertébrale (3) » et qui n'est point signalée chez le malade dont parle Debrunner.

C'est tout au plus si la sensation de l'extrémité supérieure arrondie de la tumeur dans la région lombaire droite aurait pu sembler de nature à faire formuler quelques réserves quant à la possibilité d'un envahissement secondaire du rein droit. Une tumeur rénale, même appartenant à un rein flottant que des

(1) TILLAUX. — *Cliniques chirurgicales*, t. II, p. 142.

(2) Thèse de DUMONT.

(3) Thèse de DUMONT.

adhérences auraient fixé dans une situation anormale, ne s'étend que rarement d'une façon à peu près symétrique de chaque côté de la ligne blanche.

En ce qui concerne l'hypothèse d'une tumeur de la vessie, nous rappellerons les exemples signalés par Chauveau (1) qui se rapportent exclusivement à des fibromes papillaires (papillomes des auteurs classiques), tumeurs se traduisant presque toujours à un moment donné par des hématuries redoutables et qui sont loin d'atteindre un pareil volume.

Quant à la possibilité d'un néoplasme issu des ganglions rétropéritonéaux (abstraction faite de ceux du mésentère) nous ne pensons pas, contrairement à Oscar Wys, que la situation presque exclusivement sous-ombilicale de la tumeur soit une raison suffisante pour la faire repousser. Nous savons, en effet, d'après Mérand (2) que les sarcomes rétropéritonéaux se font remarquer précisément, par leur tendance à filer vers le petit bassin, ce qui fait qu'il est souvent possible de les sentir par le toucher rectal. »

Nous ne tirerons pas argument de la mobilité extrême qu'ils possèdent au début dans le sens transversal, car nous savons que « de bonne heure, ils contractent des adhérences et deviennent absolument fixes. (3) » Nous ferons remarquer seulement que « dans la grande majorité des cas, les sarcomes, (fibromes embryon-

(1) Thèse de Paris, 1883.

(2) Thèse de Paris, 1896-97.

(3) MÉRAND, 1896-97.

naires), rétropéritonéaux se développent très profondément et de préférence le long de la colonne vertébrale, (1) » nous rappellerons, en outre que « les sarcomes (fibromes embryonnaires) rétropéritonéaux sont mous, parfois fluctuants » ou bien que « à côté de parties dures, ils en présentent d'autres qui paraissent hystiques. » (Mérand) tandis que notre tumeur présente une consistance assez ferme, presque partout uniforme, sauf au niveau de la bosselure signalée à droite, presque à égale distance entre la symphise et l'ombilic qui est un peu plus souple, mais non fluctuante.

Il convient aussi de ne pas oublier pour le diagnostic, que dans le cas de sarcome rétropéritonéal, par suite du refoulement d'une partie de l'intestin en bas, « presque toujours on trouvera, entre le pubis et la tumeur, une zone de sonorité très nette, (2) » ce qui n'est nullement signalé ici.

La sensation fournie par le toucher rectal en donnant l'illusion d'une tumeur fixée au sacrum aurait pu en imposer pour un ostéo-sarcôme si l'absence, de la fusion intime de celle-ci avec l'os et la régularité parfaite de la ceinture pelvienne qui ne présentait extérieurement aucune saillie osseuse anormale n'avaient rendu peu vraisemblable ce diagnostic. (3)

Dans ces conditions, nous sommes obligés d'avouer

(1) MÉRAND. — Thèse de Paris.

(2) MÉRAND, 1896-97.

(3) Voir LAUNOIS : *Diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque chez l'enfant*. (Revue des maladies de l'enfance, juin 1884).

qu'il était difficile d'assigner au néoplasme une autre origine que les ganglions situés à la limite de l'espace pelvirectal supérieur et de l'espace rétropéritonéal dans lequel la tumeur se serait surtout développée. Seule, la souplesse relative de la bosselure signalée plus haut aurait peut-être pu faire penser qu'à son niveau l'intestin pouvait être englobé dans la tumeur.

OBSERVATION II (*Résumée*).

(Observation empruntée à la thèse de DEBRÜNNER)

(*Traduction inédite.*)

Fibrome embryonnaire (sarcome) primitif du colon transverse. Participation secondaire de l'épiploon. Nombreuses adhérences péritonitiques. Absence complète de métastase.

Henri Bär est âgé de cinq ans. Sa mère est devenue folle. Il paraît n'avoir jamais eu bon appétit et avoir eu continuellement un peu de diarrhée.

Depuis trois semaines, il se plaint de douleurs abdominales. Il y a 14 jours qu'il est alité et huit jours que l'intensité des douleurs a considérablement augmenté. Il y a trois semaines, il souffrit de constipation. Celle-ci persista quelque temps, puis survint une diarrhée dont il souffre encore aujourd'hui.

Il y a trois semaines, sa mère adoptive remarqua que l'abdomen du malade s'accroissait lentement en circonférence.

Le 20 juin 1882, le petit garçon était admis à l'hôpital d'enfants.

Etat actuel.

20 juin. — L'enfant est pâle, anémié, amaigri. Les lèvres et les conjonctives sont décolorées. Le degré extrême de l'amaigrissement fait un contraste singulier avec la tuméfaction de l'abdomen.

La distance de l'appendice siphôide à l'ombilic atteint

16 centimètres, 5; la distance de l'ombilic à la symphise se monte à 27 centimètres. La circonférence abdominale mesurée au niveau de la dépression ombilicale atteint 54 centimètres; mesurée à égale distance entre l'appendice siphhoïde et l'ombilic, elle atteint 59 centimètres 5.

Il n'y a pas le moindre œdème des extrémités inférieures. Les ganglions inguinaux ne sont pas tuméfiés.

Les parois abdominales sont tendues, luisantes.

Sur la poitrine et l'abdomen abondante éruption miliaire formée de vésicules blanches.

Le contenu de ces dernières est à réaction acide.

La tuméfaction de l'abdomen est inégale; le point le plus proéminent est situé sur la ligne blanche, un peu au-dessus de l'ombilic; il existe une seconde voussure dans la région cœcale et une troisième dans l'hypocondre gauche.

Malgré la tension extrême des parois abdominales, la palpation permet cependant de sentir trois tumeurs distinctes, correspondant aux trois voussures déjà mentionnées.

La première tumeur située un peu à droite de l'ombilic est de consistance ferme; les parois abdominales peuvent glisser à sa surface.

Cette tumeur donne la même impression que si elle était située directement sous les parois abdominales.

Elle est unie et lisse dans toute son étendue; en deux endroits, on peut sentir de légères incisures ou crénelures. Ses limites semblent assez nettement tranchées à la palpation superficielle; à la palpation profonde, on croit percevoir d'autres tumeurs à caractères identiques, dans son voisinage.

C'est dans la région cœcale que l'on découvre la seconde

tumeur. Elle est de même consistance que la précédente et est assez facile à délimiter par la palpation.

Comme la précédente, elle est peu sensible.

La troisième tumeur, située dans l'hypocondre gauche ne peut être exactement délimitée en dehors et disparaît sous l'arc costal.

En haut et en dedans on peut distinguer nettement deux protubérances.

Au milieu de ces tumeurs, l'état des viscères n'a plus rien de normal.

Lorsqu'on déprime profondément la paroi, on arrive à reconnaître de nouvelles limites aux tumeurs et l'on découvre des tumeurs lisses, semblables aux précédentes, mais plus petites et fuyant facilement sous la pression du doigt.

Toutes ces tumeurs sont parfaitement unies; sur les côtés, elles présentent des saillies et des dépressions. A leur niveau, la percussion donne un son manifestement mat.

Dans leur intervalle, la tonalité passe de la matité légère au tympanisme.

Sur les côtés de l'abdomen la sonorité est conservée et le son ne se modifie pas avec les changements de position du malade.

La tumeur supérieure suit légèrement les mouvements respiratoires; celle qui occupe la région cœcale n'y participe pas d'une manière perceptible.

En avant et sur la ligne mamillaire, la limite inférieure du poumon droit répond au bord supérieur de la sixième côte.

Dans le plan médian du corps, le foie déborde en bas

l'appendice xiphoïde de un centimètre, il dépasse la ligne blanche, vers la gauche, de 3 centimètres.

La hauteur de l'aire de matité hépatique atteint : sur la ligne blanche, 3 centimètres; sur la ligne parasternale 6 centimètres; sur la ligne mamillaire, 7 centimètres et sur la ligne axillaire, 8 centimètres. Entre l'aire de matité hépatique et celle de la surface des tumeurs se trouve une zone de sonorité demi-tympanique. — La rate peut être délimitée. Le schéma fourni par sa percussion mesure 3 centimètres de hauteur et autant dans le sens longitudinal.

L'aire de matité absolue du cœur est normale aussi bien que son aire de matité relative. On perçoit le choc de la pointe, un peu haut, dans le 4^e espace intercostal et en dedans du mamelon.

Les bruits du cœur sont nets, mais peu intenses.

Le second bruit pulmonaire semble légèrement renforcé

En avant et dans l'étendue des deux poumons la percussion de ces derniers donne un son normal. Partout, la respiration est normale à part quelques râles secs et sibilants. Quelques râles ronflants au sommet gauche et en avant.

Au niveau de la paroi thoracique postérieure, la tonalité est également normale. A la base gauche, on entend de légers ronchus, Aux deux sommets : respiration un peu rude.

Le professeur O. Wys posa le diagnostic suivant : tumeurs sarcomateuses multiples du péritoine. La tumeur située dans l'hypocondre gauche fut rattachée au grand épiploon. La palpation et la percussion concouraient en tous points à donner l'impression de tumeurs multiples; il y en avait trois nettement perceptibles et on les croyait

certainement distinctes les unes des autres. On était encore obligé d'admettre l'existence d'autres tumeurs profondes, moins faciles à percevoir, mais vraisemblablement indépendantes des précédentes. L'évolution, la faible sensibilité de l'abdomen, la sensation d'un exsudat liquide, la marche de la température, (très faibles exacerbations vespérales de la température rectale), aussi bien que le volume médiocre des tumeurs plaident en faveur d'une péritonite chronique et spécialement d'une péritonite tuberculeuse. On était, par conséquent, obligé de regarder l'hypothèse qu'il s'agissait de néoplasmes péritonéaux comme étant la plus vraisemblable. T. : 37,4, 36,8, 36,9 ; P. : 116, 88, 116 ; R. : 20, 32.

27 juin. — Le malade a très peu d'appétit mais une soif ardente et un peu de diarrhée. Du côté de l'abdomen, l'état est le même.

30 juin. — L'appétit renaît. Le petit garçon prend, par jour, 3 à 4 tasses de lait et une omelette à midi. Il souffre toujours de douleurs abdominales après le repas.

5 juillet. — Depuis quelques jours : diarrhée.

11 juillet. — La diarrhée a disparu. L'amaigrissement fait des progrès rapides. L'abdomen est extrêmement tendu. Un léger degré d'œdème des pieds fait son apparition.

13 juillet. — La tension de l'abdomen commence à diminuer.

18 juillet. — Aujourd'hui reparaissent de violentes coliques ainsi que de la diarrhée. Amaigrissement extrême.

19 juillet. — Aucune douleur abdominale. Du côté du poumon, il n'y a rien à signaler. Forte diarrhée. Dix à douze selles par jour. L'amaigrissement continue à faire des progrès.

21 juillet. — Les extrémités donnent une sensation de

froid au toucher. Terminaison fatale à deux heures de l'après-midi.

Autopsie.

L'autopsie pratiquée le 18 juillet par le professeur Oscar Whys, montra les particularités ci-dessous signalées.

Partout adhérences agglutinatives, faciles à détruire, du péritoine viscéral et du péritoine pariétal.

Dans la cavité abdominale : environ cent centimètres cubes d'une matière brunâtre et puriforme.

Toute la cavité abdominale semble occupée par une tumeur se présentant sous l'aspect d'une masse dont la coloration varie du blanc-rougeâtre au rougeâtre pâle, Le foie et l'estomac refoulés en haut ne présentent aucune connexion avec la tumeur. L'épiploon est légèrement adhérent à la tumeur. Dans la partie supérieure de ce dernier, on découvre des nodules blancs, du volume d'une lentille. Rate de volume normal, refoulée en haut.

La tumeur abdominale occupe toute la partie antérieure de la cavité.

Le colon transverse débouche absolument dans la tumeur.

Au dessous de l'ombilic, le décollement du péritoine pariétal met à découvert une cavité irrégulière, remplie de pus et de matières fécales. Cette dernière offre une paroi interne grise, bosselée, couverte de saillies d'une substance friable et présentant de nombreux diverticules. Les anses intestinales situées en arrière et en bas de la tumeur sont adhérentes à celle-ci par places.

Diagnostic anatomique.

Néoplasme primitif du colon transverse ; participation

secondaire de l'épiploon ; nombreuses adhérences péritonitiques ; pas la moindre métastase.

Examen histologique des observations I et II.

Les deux néoplasmes offrent à peu près la même structure dans leurs différents points.

Il s'agit de petites cellules sarcomateuses, rondes, avec une substance intercellulaire très peu abondante. Les cellules elles-mêmes sont très fragiles, à peine sensiblement plus grosses que les cellules lymphatiques, mais elles possèdent cependant un noyau sphérique plus développé qui occupe la masse cellulaire presque toute entière.

Les deux tumeurs sont parcourues de vaisseaux offrant une disposition à peu près semblable, mais disséminés dans toute la masse. Grâce à un examen minutieux de ces tumeurs, nous découvrons à côté, des vaisseaux semblables à ceux que nous rencontrons dans les régions normales voisines du néoplasme, d'autres vaisseaux, à paroi d'une fragilité extrême, ces derniers en majorité. Ceux-ci représentent des vaisseaux de nouvelle formation, les autres proviennent de la persistance des vaisseaux du terrain mère.

C'est la sous-muqueuse qui représente indubitablement le point de départ de la tumeur. Par suite de l'extension prise, dans son sein, par les cellules sarcomateuses, la sous-muqueuse perd sa structure normale. De là les amas cellulaires se propagent vers le dehors en suivant les travées interstitielles de la musculaire interne et de la musculaire externe et en provoquant l'atrophie des faisceaux musculaires.

La disposition de ces trainées formées de cellules rondes

étroitement agglomérées montre jusqu'à quel point les éléments néoplasiques tiennent au tissu conjonctif. Dans la musculaire interne dont les faisceaux sont transversaux, les trainées cellulaires sont disposées perpendiculairement par rapport au plan musculaire. Dans la musculaire externe dont les faisceaux sont disposés longitudinalement, nous trouvons les trainées cellulaires disposées parallèlement à cette direction qui répond à celle des cloisons du tissu interstitiel.

Après perforation de la musculaire, la tumeur s'étend au-dessous de la séreuse où la végétation des cellules néoplasiques trouve un terrain favorable, de telle sorte que la séreuse est, pour ainsi dire soulevée par la couche externe de la musculaire. La muscularis mucosal est perforée de la même manière et la muqueuse de l'intestin grêle dans notre premier cas, celle du gros intestin, dans notre second, sont traversées par le processus de multiplication des petites cellules rondes. Dans les portions de l'intestin voisines de la tumeur, nous trouvons à l'intérieur de la muqueuse, de la sous-muqueuse et au-dessous du péritoine des noyaux colorés avec plus d'intensité que ceux des cellules néoplasiques. Ce fait est l'indice d'une réaction inflammatoire des régions voisines de la tumeur car les cellules lymphatiques se teignent ordinairement avec plus d'intensité que les cellules néoplasiques, dans les préparations.

OBSERVATION III (*Résumée*) (1).

(Observation empruntée à BESSEL-HAGEN) (*Archives de Virchow*, T. 99, année 1885).

(*Traduction inédite*).

Fibrome embryonnaire (sarcome) ulcéré du jejunum avec propagation secondaire au mésentère et métastases sur le trajet des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Péritonite adhésive. Dysenterie ulcéreuse du colon et du rectum.

Le petit garçon dont provient la tumeur s'était absolument bien porté jusqu'en février 1883. Il semblait même s'être merveilleusement développé pour son âge.

Mais, à l'âge d'environ 7 ans et 3 mois, il recevait d'un garçon boucher, homme brutal, un vigoureux coup de poing du côté droit de l'abdomen. C'est à dater de ce moment, qu'il tomba malade et commença à se plaindre de douleurs ainsi que de fréquentes sensations de pesanteur dans l'abdomen. En même temps, il se mit à maigrir malgré de bons soins et son abdomen se tuméfia de plus en plus. Peu de temps après, la mère découvrit, à l'endroit où se manifestait le maximum de sensibilité, et, où le traumatisme avait porté, une tumeur sous-cutanée, dure, du volume d'une noix environ, qui, à dater de ce moment se développa avec une rapidité extraordinaire. On n'avait

(1) Cette observation est déjà résumée dans la thèse de MARIAGE, mais nous avons tenu à la citer d'une façon plus complète sans pouvoir, malheureusement, la reproduire *in extenso*.

observé aucun trouble de la défécation, mais une pollakiurie manifeste ainsi que des vomissements, surtout au moment des paroxysmes douloureux.

Depuis la fin de mars, la tendance aux vomissements avait disparu, mais le petit garçon éprouvait, à la suite de chaque repas, la sensation d'un arrêt temporaire des aliments, au niveau de l'épigastre, arrêt à la suite duquel ceux-ci finissaient par passer au milieu de bruits de gargouillement et de roucoulement, suivis d'un amendement simultané de la gêne et des douleurs.

Lorsqu'on m'amena l'enfant, en avril 1883, la susdite tumeur occupait déjà une grande partie de la cavité abdominale.

Le petit garçon était manifestement amaigri et avait un teint tout à fait terreux.

L'abdomen fortement tuméfié et mesurant déjà, à cette époque, soixante-trois centimètres de circonférence, faisait un contraste frappant avec l'habitus du reste du corps, avec la physionomie maigre et effilée du malade, avec ses côtes saillantes et ses extrémités grêles.

A gauche, l'abdomen est un peu moins saillant ; à droite, il présente un degré de voussure un peu plus accentué et est extrêmement tendu. L'ombilic, entouré de quelques veines dilatées était légèrement saillant, et, entre ce dernier et le rebord costal, on percevait deux élevures légèrement proéminentes en avant et disposées suivant un axe transversal. A droite de l'ombilic on trouvait, tout à fait derrière les parois abdominales, faciles à déplacer, la masse principale d'une tumeur extrêmement sensible à la pression. Au toucher, la face supérieure de cette tumeur paraissait plutôt unie ; ses parties inférieures, au contraire, semblaient plus bosselées. Cette

dernière présentait en outre une consistance ferme, sauf en quelques endroits seulement où elle était un peu plus souple. En haut, la masse principale du néoplasme n'atteignait pas tout à fait le rebord costal ; en bas, la tumeur s'étendait presque jusqu'au ligament de Poupart. A droite, elle se terminait par une surface lisse, arrondie et presque sphérique, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. A gauche, elle présentait plusieurs excroissances tubéreuses sous-ombilicales, légèrement mobiles et dépassant la ligne médiane : tandis qu'au-dessus de l'ombilic, elle s'engageait dans deux gros renflements tubéreux, de consistance plus molle en certains points et transversalement dirigés de droite à gauche de l'abdomen. Entre ceux-ci, on pouvait encore percevoir, bien que peu distinctement, d'autres tumeurs fermes.

La partie inférieure surtout, de ces cordons néoplastiques présentait des crénelures multiples. On pouvait, jusqu'à un certain point, imprimer à l'ensemble des mouvements, suivant le diamètre transversal de la cavité abdominale et des mouvements de rotation autour d'un axe sagittal,

Et qui plus est, les profondes inspirations lui imprimaient une impulsion de haut en bas nettement perceptible.

Au niveau même de la tumeur, il y avait disparition presque complète de la sonorité, tandis qu'au niveau de ses prolongements et principalement des parties transversalement disposées au dessus de l'ombilic, celle-ci était, au contraire, modérément tympanique. En dehors de cette tumeur et plus à gauche, dans la profondeur de la cavité abdominale, on pouvait encore sentir quelques nodosités isolées et toucher, grâce à l'exploration rectale, une tumeur

grosse comme un œuf de poule, solidement fixée à la paroi du bassin.

De plus, les ganglions lymphatiques étaient partout durcis, et en partie sensiblement tuméfiés au point d'acquiescer jusqu'au volume d'un haricot.

L'exploration ne révélait aucune autre particularité. La tumeur n'offrait de connexions ni avec la rate, qui d'ailleurs ne paraissait pas augmentée de volume, ni avec le foie, ni avec aucun des deux reins.

Il n'y avait ni épanchement abdominal, ni œdème des jambes.

Les limites inférieures des poumons, au contraire, se trouvaient refoulées de bas en haut, contre la paroi postérieure et même contre la paroi latérale du thorax, remontant un peu plus haut à gauche qu'à droite. Ce qui paraissait extraordinaire, c'était la netteté avec laquelle on pouvait, du côté droit, percevoir jusqu'à une grande distance au-dessous de l'ombilic, les bruits respiratoires propagés de haut en bas.

On ne découvrit rien de particulier dans l'urine.

Les selles ne présentaient pas davantage d'anomalies.

Enfin, il resterait à mentionner, bien que ce détail ne soit pas précisément quelque chose d'essentiel, un accroissement insignifiant du nombre des leucocytes.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Malgré les dimensions considérables de la tumeur, il était dès l'abord évident que la détermination de son point de départ et que son diagnostic approximatif ne pouvaient présenter qu'une certitude relative. Avant tout, il était certain qu'il s'agissait de tumeurs multiples de la cavité abdominale et nullement de tumeurs de la paroi. Il était en outre évident que, en dehors des tumeurs de l'intestin et des ganglions lymphatiques, les seules auxquelles on pouvait penser étaient les tumeurs issues du feuillet viscéral du péritoine, de l'épiploon ou du tissu conjonctif rétropéritonéal.

Sans entrer dans de plus amples considérations, je ferai seulement ressortir que, eu égard aux commémoratifs et à la disposition des tumeurs, il ne me semblait pas conforme à la vérité de les considérer comme tuberculeuses, ainsi qu'on l'avait fait dans une clinique de Berlin.

L'hypothèse n'était, sans doute, pas invraisemblable, mais outre qu'elle ne trouvait d'appui ni dans les antécédents de famille du petit garçon, ni ailleurs, les ganglions lymphatiques à tuméfaction dure ne donnaient pas non plus l'impression d'hyperplasies tuberculeuses. La croissance extrêmement rapide de la tumeur en relation avec une contusion, la rapide dis-

sémination des adénites, l'aspect cachectique du malade, l'absence d'ascite, l'âge du patient, abstraction faite de tout le reste de la symptomatologie, rendaient beaucoup plus vraisemblable l'hypothèse que c'était à une tumeur sarcomateuse multiple de la cavité abdominale avec métastases multiples dans les ganglions lymphatiques que l'on avait affaire. On était, en outre, obligé d'admettre qu'une tumeur plus volumineuse siégeait dans l'épiploon ou dans le mésentère et que, par suite d'une péritonite locale, elle se trouvait intimement fusionnée avec toute une liasse d'anses intestinales.

Ce dernier diagnostic fut encore confirmé par ce fait que des examens plus minutieux du petit garçon en vue desquels celui-ci avait été admis pour quelque temps à l'hôpital, ne purent suggérer aucune autre idée et par ce fait que les dispositions ne subirent, en général, que des modifications légères.

Suite de l'évolution de la maladie

La température du soir ne dépassait pas, en général 38°5 ou 38°6 ; quelquefois elle s'élevait jusqu'à 39°4, principalement au moment des violentes crises de douleurs dont la tumeur était le point de départ. Des élancements inaccoutumés exaspéraient ces dernières, qui, fait très important, étaient attribuables sans aucun doute à de l'irritation du péritoine et provoquaient souvent de l'agitation nocturne.

Tout le reste se maintenait presque stationnaire. Les douleurs, les crises quotidiennes de coliques, la fréquence des vomissements à la suite d'excès alimentaires, la forme et la mobilité de la tumeur restaient identiquement ce qu'elles étaient ; seule la tuméfaction de l'abdomen continuait à s'accroître en même temps que l'état des forces ne cessait d'empirer, malgré les médications les mieux appropriées. Les selles bien que rares étaient cependant normales ou du moins, exemptes de tout mélange appréciable de matériaux anormaux. Elles étaient seulement, de temps à autre, légèrement diarrhéiques.

Au milieu de mai, la faiblesse était devenue telle que le petit garçon se refusait à quitter le lit. L'appétit avait complètement disparu ; en revanche, la soif était devenue inextinguible.

Quelques jours plus tard, apparaissaient les signes d'une bronchite généralisée et d'une dysenterie violente, accompagnée d'adynamie, de météorisme, de coliques, de ténisme et d'écoulements fréquents d'un mucus d'odeur désagréable et le plus souvent parsemé de stries d'un sang clair.

Au commencement de juin, le petit garçon revint à l'hôpital. Pendant son absence, la dysenterie s'était atténuée ; mais la cachexie avait néanmoins fait, dans les derniers temps, de tels progrès, que la mort survint dès la mi-juin quatre mois et demi, par conséquent, environ après le traumatisme et après le début des souffrances.

Autopsie

Amaigrissement extrêmement prononcé.

Abdomen tuméfié.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on aperçoit du

côté droit une grosse tumeur directement exposée aux regards, qui dès l'abord donne l'impression d'un sarcome et qui est entourée d'anses intestinales météorisées.

Au milieu d'un enchevêtrement de cordons constituant un véritable tissu, ainsi que d'un réseau plus large, on trouve faisant corps avec la tumeur : la portion inférieure de l'iléon, le cœcum et la première courbure du colon. bien que les adhérences ci-dessus mentionnées ne soient cependant pour la plupart que superficielles.

A droite, on découvre encore une liasse d'anses intestinales constituées par la portion du jejunum située immédiatement en amont du point où celui-ci va déboucher dans la tumeur.

Après libération des adhérences et extirpation complète de la tumeur avec les portions de l'intestin grêle qui en dépendent ; celle-ci se présente dans ses parties essentielles, sous l'apparence d'une dilatation sphérique colossale du tube intestinal, du volume d'un poing d'adulte, à tissu d'apparence médullaire et à surface interne ulcérée. Mais la végétation sarcomateuse se prolonge encore fort avant dans la mésentère sous forme de tumeur lobée. On trouve des infiltrations à la base des deux poumons, surtout à gauche ainsi qu'un mucus trouble et purulent à l'intérieur des bronches des lobes inférieurs.

La rate ne présente qu'une augmentation de volume insignifiante.

Dans les deux reins : un grand nombre de tumeurs encéphaloïdes grises ou gris rouge et dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette. Un certain nombre d'entre elles sont tout à fait hémorragiques. Elles siègent exclusivement dans la substance corticale et font en partie saillie à l'extérieur.

Dans la partie inférieure du colon et dans la moitié supérieure du rectum : pertes de substance étendues de la muqueuse à fond présentant des lambeaux à demi détachés.

Sur la paroi droite du bassin : une tumeur bosselée, grosse comme un œuf de poule.

Les ganglions lymphatiques du cou, de la région inguinale et quelques ganglions mésentériques épars au voisinage de la tumeur sont aussi transformés en petites tumeurs grises du volume d'une noisette.

Le diagnostic anatomique se trouvait, par conséquent conçu en ces termes :

Sarcome ulcéré du jéjunum avec infiltration sarcomateuse étendue du mésentère ; métastases multiples dans les reins, la paroi droite du bassin et les ganglions lymphatiques. Péritonite adhésive. Bronchite. Dysenterie ulcéreuse du colon et du rectum.

Description macroscopique de la tumeur.

L'ensemble de la tumeur possède une surface blanc-roussâtre, ondulée, irrégulière et creusée de sillons multiples, mais pour le reste semblable à la séreuse. Le long des contours supérieur et inférieur de la tumeur, courent, presque parallèlement l'une à l'autre et à 4 ou 5 centimètres d'intervalle, des anses du jéjunum qui s'abouchent dans la cavité néoplasique en deux points superposés suivant une ligne perpendiculaire. Ces segments intestinaux sont tous deux hypertrophiés et dilatés. Le tube supérieur afférent, principalement, possède pour le jéjunum d'un enfant de sept ans, des dimensions colossales : sa circonférence est de 8 centimètres et il ne commence à se rétrécir que 50 centimètres au dessus de son point d'abouchement,

tandis que la circonférence du segment déférent, mesure, dans le domaine de la tumeur, 5 à 6 centimètres pour perdre très rapidement un centimètre environ. Ce qui différencie plus profondément les deux anses intestinales l'une de l'autre, c'est qu'elles adhèrent l'afférente sur une longueur de 11 centimètres, la déférente sur une longueur de 30 centimètres environ à une étendue proportionnellement égale de la tumeur. D'après cela, il saute aux yeux que l'anse afférente est probablement allongée contre la surface de la tumeur tandis que le bout périphérique de l'intestin est vraisemblablement fixé au contour mousse de la tumeur, grâce aux enlacements de replis circulaires étroits et nombreux, à coudures brusques. Du reste, les solides adhérences qui unissent l'intestin à la tumeur présentent presque partout une largeur notable; mais celles de l'anse afférente sont encore renforcées par suite de cette particularité que, sur plusieurs points, la végétation néoplasique empiète légèrement sur l'intestin. En outre, les segments isolés de cette anse intestinale s'entrelacent souvent réciproquement au niveau de leurs coudures, de façon à se trouver assujetties et immobilisées pour la plupart contre la tumeur au point de sembler rivées à cette dernière.

Près de l'orifice de sortie du jéjunum, on trouve, solidement et indissolublement attaché à la face inférieure de la tumeur, un segment intestinal plus étendu qui appartient à l'iléon. Celui-ci, sur une coupe transversale, montre des dimensions beaucoup plus petites que celles des segments plus haut décrits du jéjunum. Sa circonférence mesure que quatre centimètres à quatre centimètres et demi. Les masses constituées par le néoplasme, présentent, dans l'épaisseur de la portion sarcomateuse du mé-

sentère, des ganglions gris-blanc qui n'ont pas précisément l'apparence médullaire, si ce n'est dans leurs parties les plus blanches, atteintes de dégénérescence graisseuse. Enfin, elles renferment en même temps, des foyers hémorragiques, disséminés.

Nous passons ensuite à l'ouverture de l'intestin, incisant les parois intestinales le long de leur bord libre, puis les écartant l'une de l'autre.

La grande dilatation intestinale offre ainsi un degré de ressemblance surprenant avec un anévrysme. On a sous les yeux une cavité à parois épaisses, d'apparence médullaire, dont toute la surface interne est le siège de métamorphoses régressives très étendues, à forme ulcéreuse en même temps que d'une décomposition cadavérique; dans tout l'intérieur de la cavité sont suspendues des touffes de lambeaux informes.

Deux diverticules de la cavité, plus petits que cette dernière, pénètrent manifestement jusque dans l'épaisseur de la tumeur mésentérique.

Abstraction faite de cette partie accessoire; la cavité possède une profondeur de 9 centimètres et demi, et sa paroi mesure une épaisseur moyenne de 1 centimètre et demi. Au niveau des deux points d'abouchement des anses intestinales avec la grande cavité, on aperçoit leur lumière évasée en forme d'entonnoir, et dans toute cette étendue dépouillée de sa muqueuse, qui fait plus loin un contraste frappant avec le contour rongé des parties en voie de décomposition.

Les autres portions de l'intestin peuvent être suivies jusqu'au même point, et elles pénètrent à une telle profondeur dans les parois de la cavité que la tumeur semble à leur niveau, avoir reproduit de toutes parts la lumière

intestinale. — La paroi intestinale est le siège d'une hypertrophie étendue et très accentuée. L'hyperplasie intéresse évidemment toutes les couches de la paroi, dans leur ensemble, mais elle présente un développement particulièrement surprenant dans la musculaire et surtout dans la sous-muqueuse. Étant donné que les métamorphoses prédominent dans cette dernière couche, il devient évident comme l'impliquent déjà le simple fait de leur existence, qu'il s'agit là d'une dilatation consécutive à une hypertrophie excentrique. Mais, de même que la dilatation dont les segments intestinaux situés en amont et en aval de la tumeur sont le siège, présente des degrés variables de l'un à l'autre; de même l'hypertrophie de la paroi semble plus nette sur la portion afférente du tube intestinal. Tandis que la paroi de l'anse intestinale périphérique présente en son milieu une épaisseur d'environ 3 millimètres, et, seulement au niveau de quelques points situés à proximité de la tumeur ou au niveau de ses coudures, une épaisseur de 5 millimètres; la paroi de l'anse centrale atteint jusqu'à 7 à 8 millimètres d'épaisseur. Enfin, la surface de la muqueuse présente un aspect différent de son aspect habituel; elle a perdu ses plis caractéristiques. Les valvules conniventes de Kerkrigius qui, sur les parties normales de l'intestin se dressent à de grandes distances les unes des autres sous la forme de plis tout à fait minces et élevés, s'épaississent de plus en plus en même temps qu'elles diminuent graduellement de hauteur à mesure qu'elles se rapprochent de la cavité néoplasique: elles perdent le caractère de plis, leurs intervalles disparaissent, et leur profil finit par figurer une ligne ondoyante, uniforme et ininterrompue. Puis, les dépressions ondulatoires deviennent de moins en moins profondes pour disparaître en

dernier lieu complètement au milieu de la végétation qui, à ce niveau, s'avance du dehors dans l'épaisseur de la muqueuse. C'est ainsi que la surface de cette dernière acquiert un aspect lisse et luisant. Tel est le degré de transformation qui s'observe au voisinage immédiat de l'ulcération représentant le dernier stade du processus. Le long du rebord mésentérique de l'intestin, c'est-à-dire à l'endroit où ce dernier est en contact immédiat avec la portion mésentérique de la tumeur, et aussi bien sur la portion afférente que sur la portion déférente; la partie polie de la muqueuse affecte la forme d'une bande de plusieurs centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur. Dans les parties environnant celle-ci, aussi bien que dans son propre domaine, on voit des ulcérations qui présentent plus d'extension que de coutume. Mais, nulle part, le processus ulcéreux ne confine aux contours de la partie lisse de la muqueuse.

Examen histologique.

La totalité de la tumeur aussi bien que chacun des nodules métastatiques offre la structure caractéristique du sarcome à petites cellules rondes. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est l'existence de métamorphoses régressives très profondes, qui précisément se rencontrent avant tout dans les néoplasmes à croissance rapide et riches en cellules, du groupe des sarcomes.

On constate, en outre dans le jéjunum, surtout au sein de la sous-muqueuse, une infiltration profonde de petites cellules rondes, qui aussi loin qu'il est possible de la suivre dans son développement exubérant, ne peut être, sans aucun doute, regardée que comme de nature sarco-

mateuse. Elle rentre dans la même classe de neoplasmes que la grosse tumeur.

Les portions de la tumeur déjà reconnaissables à l'œil nu présentent une certaine ressemblance avec le tissu lymphatique. Mais, les cellules rondes prédominent d'une manière si évidente et masquent à tel point le stroma-réticulaire que c'est seulement après une violente agitation que les éléments fibro-plastiques constituant ce dernier deviennent visibles dans les coupes les plus minces. Le réseau formé par le tissu fasciculé est finement grenu, mais sans être ni tout à fait aussi délicat que d'habitude, ni absolument identique dans tous ses points. Dans le réticulum de ce tissu sont logés des amas de petites cellules rondes semblables à celles que Virchow a découvertes dans les sarcomes médullaires. Ces cellules n'ont que très peu de protoplasma ; mais elles possèdent au contraire, un noyau sphérique proportionnellement volumineux dont les contours semblent fortement dessinés, noyau qui se colore avec une intensité extrême par l'éosine hématoxiline. Ces cellules sont plus petites et plus facilement colorables que ne le sont habituellement les petites cellules rondes du sarcome.

De plus, elles présentent, du moins autant qu'il est possible d'en juger, des caractères identiques à ceux des petits leucocytes que l'on trouve perdus çà et là parmi les autres globules blancs du sang, leucocytes que Ehrlich, grâce à ses méthodes de recherche perfectionnées a fait de nos jours mieux connaître. Ackermann a, plus tard considéré ces cellules comme réellement identiques aux leucocytes et mentionné expressément que les petites cellules sarcomateuses, rondes, parfois rencontrées avec un degré d'abondance extraordinaire, ne représentent pas

autre chose que ces dernières. Mais une particularité du cas qui nous occupe c'est que, (abstraction faite des cellules fibro-plastiques), la forme de petites cellules rondes, de nature indéterminée ci-dessus mentionnée est plutôt caractérisée par sa présence presque exclusive au sein de la tumeur que par sa grande abondance. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement et en quantité tout à fait inappréciable que l'on rencontre des cellules rondes un peu plus volumineuses et plus vivement colorées. Il semble donc impossible, conformément à la remarque habituellement exacte de Ziegler et aussi en raison de ce fait que, au milieu des petites cellules rondes du sarcome, les noyaux des éléments lymphatiques se coloraient avec beaucoup plus d'intensité par les teintures que les éléments néoplasiques, d'attribuer à toutes les cellules dont nous venons de parler une même valeur. Du moins, cette opinion ne serait pas conforme à notre observation. Du reste, les cellules sarcomateuses paraissent comme d'habitude fragiles; assez souvent au lieu d'un gros noyau unique, on y trouve plusieurs noyaux et nucléocles.

Les vaisseaux qui parcourent la tumeur sont pour la plupart à parois minces, c'est seulement par places qu'ils sont enveloppés d'un tissu disposé en couches plus épaisses. Leur tunique adventice est alors traversée par les cellules néoplasiques et la prolifération s'ouvre même par places un passage jusque dans la lumière des vaisseaux qui se trouve obstruée par une thrombose néoplasique.

Dans la portion mésentérique de la tumeur se trouvent englobés quelques ganglions lymphatiques proportionnellement peu altérés. La végétation des petites cellules de teinte foncée a traversé par places, l'enveloppe fibreuse

des ganglions et s'est avancée sans discontinuité dans la substance médullaire. Il ne reste que peu de tissu primordial et c'est seulement dans la partie centrale du ganglion où l'on rencontre un semis longitudinal de petites cellules, surtout appréciable au voisinage de ses limites, qu'il est encore possible de distinguer la charpente formée par les canaux médullaires et les cloisons conjonctives.

L'enveloppe de la tumeur n'est autre que le péritoine viscéral. Dans ses couches superficielles, ce dernier n'est pas précisément envahi par l'activité prolifératrice du néoplasme, il n'est que fortement épaissi; ses couches les plus profondes renferment une grande quantité de cellules rondes, logées entre les files hyperplasiées de cellules fusiformes. Il est évident que ces transformations sont attribuables en partie à une irritation inflammatoire: l'existence d'adhérences multiples entre les anses intestinales contiguës témoignant aussi, en effet, de péritonites locales.

Les modifications de structure intéressant le jéjunum et les anses adhérentes de l'iléon sont, comme le fait a déjà été mentionné plus haut de la plus grande importance au point de vue de la description complète de la tumeur. On sait depuis longtemps, que les néoplasmes de l'intestin comme en général, toutes les causes déterminant l'exagération pathologique du péristaltisme sont suivis de l'établissement de dispositions relevant d'une inflammation catarrhale chronique, puis ultérieurement, d'une hyperplasie de la sous-muqueuse et de la musculaire. Mais dans notre cas, le jéjunum présente (sans que ces particularités soient la conséquence ni d'une inflammation ni d'une exagération du péristaltisme), un épaississement de la tunique musculaire et une transformation

de la sous muqueuse habituellement mince et lâche en une stratification épaisse et dense qui nous semble tout particulièrement surprenante au voisinage de la cavité du néoplasme à partir de laquelle son épaisseur va en diminuant graduellement.

Il est évident qu'il s'agit, avant tout, ici, d'une infiltration sarcomateuse intéressant principalement la sous-muqueuse. Seulement, il est tout aussi impossible d'indiquer l'endroit où l'on doit chercher les limites du sarcome que celui à partir duquel il devient possible de saisir les transformations siégeant sur l'intestin aussi bien que le travail d'inflammation et d'hyperplasie. Au voisinage de l'orifice d'entrée de l'intestin dans la cavité néoplasique, la sous-muqueuse est entièrement convertie en un tissu sarcomateux qui présente la même structure et la même forme cellulaire que la masse principale de la tumeur; les autres couches de la paroi intestinale sont quelque peu dégénérées. Plus on se rapproche de l'ulcération, plus les éléments du tissu fondamental se trouvent supplantés, les moindres vaisseaux se détruisent, les glandes disparaissent, les faisceaux, puis, en dernier lieu, les fibres musculaires dissociés par l'activité prolifératrice des cellules sarcomateuses et refoulés dans le tissu interstitiel, s'atrophient de plus en plus et finissent par être tout à fait étouffés. Mais les cellules sarcomateuses dont la multiplication s'étend si loin finissent à leur tour par mourir; elles dépérissent lentement; les réactions colorantes de leurs noyaux se perdent et tout près des bords de l'ulcération, au lieu des petites cellules sarcomateuses rondes, ce n'est plus qu'un débris nucléaire au milieu duquel ne subsistent que quelques cellules, qui remplit les mailles du tissu intercellulaire devenu plus fibreux et dont la vitalité s'est

conservée pendant une période d'une longueur extraordinaire.

A une distance de quelques centimètres des bords de l'ulcération, les éléments du tissu primitif reparaissent en plus grand nombre et l'on voit alors 1° que, à partir de cet endroit, l'hypertrophie de la sous-muqueuse va en diminuant des deux côtés, 2° que la séreuse ne présente comme lésion essentielle qu'une hyperplasie. 3° que c'est précisément au niveau des points où disparaissent les vaisseaux que la prolifération néoplasique envahit le tissu conjonctif interstitiel. Plus loin, on retrouve au sein de la sous-muqueuse les vestiges du tissu conjonctif précédemment en voie de prolifération, et ce dans un rayon d'autant plus considérable que les altérations sont moindres. Les vaisseaux deviennent nombreux, les tubes glandulaires, précédemment refoulés loin de la sous-muqueuse se rapprochent de celle-ci et se serrent plus étroitement les uns contre les autres; la sous-muqueuse recouvre progressivement sa structure fibreuse, lâche, et les trainées cellulaires qui seules s'insinuent encore entre les faisceaux musculaires sont plus fines.

La masse sarcomateuse entière, la portion dilatée comprise, occupe une superficie de 40 à 50 centimètres carrés. Il est possible que des ramifications périvasculaires détachées de cette dernière se prolongent au delà de ces limites, mais on ne saurait en déterminer la nature d'une manière positive. Plus loin on trouve encore dans l'épaisseur de la paroi intestinale, une multitude d'amas plus ou moins volumineux, formés de petite cellules rondes, très rapprochées les unes des autres. Ces amas sont aussi, pour la plupart traversés d'un canal sanguin, mais quant

à savoir s'ils sont de nature sarcomateuse, c'est une question qu'il faut renoncer à résoudre.

L'infiltration sarcomateuse du jéjunum est, du reste, un peu moins épaisse au-dessous de la cavité néoplasique, qu'au dessus. Cette particularité concorde avec les différences que l'on remarque dans l'aspect des parties enflammées et hypertrophiées ; l'inflammation et l'hypertrophie ne se montrant, de leur côté, ni aussi accentuées, ni aussi étendues sur les portions déférentes que sur les portions afférentes du tube intestinal.

Ganglions lymphatiques.

Nous trouvons encore, directement contigus à la limite apparente de la tumeur, et dans l'épaisseur de la partie du mésentère envahie par l'infiltration sarcomateuse, quelques ganglions mésentériques semblables aux ganglions lymphatiques englobés au sein de la tumeur, que nous avons décrits antérieurement.

La capsule de ces ganglions est tellement épaissie extérieurement, que leur substance glandulaire quelque peu dégénérée, ne présente plus de limite extérieure nettement dessinée. Les ganglions les plus éloignés présentent, en général, une capsule fortement accrue, surtout dans les points où l'épaississement du mésentère est plus particulièrement accentué et où la couche de tissu cellulaire interposé entre ses deux feuillets est hyperplasiée en même temps qu'infiltrée de nombreuses cellules rondes. On trouve souvent aussi, dans les travées de la substance médullaire, des éléments conjonctifs en voie de prolifération moins nettement visibles. La structure typique du ganglion est encore assez bien conservée par places ; seulement les petites cellules à coloration très foncée semblent

plus nombreuses dans toute la longueur des parois du sinus marginal qu'au centre du follicule médullaire. Elles sont également plus nombreuses au niveau de la surface extérieure des trabécules et des canaux médullaires que dans leur axe.

Dans les autres ganglions, on observe, à côté de la multiplication surabondante de cette dernière forme cellulaire, une tuméfaction des follicules et des canaux médullaires, une hypertrophie nettement inflammatoire du réticulum glandulaire et un épaissement des trabécules. Les sinus lymphatiques se rétrécissent ainsi de plus en plus, jusqu'à ce que les follicules et les trabécules finissent par se confondre. Mais, la tuméfaction des trabécules n'est certainement pas une tuméfaction purement inflammatoire ; car, à leur niveau aussi bien que dans la couche interne de la capsule glandulaire hyperplasiée, la prolifération des petites cellules est si active que les faisceaux fibrillaires se divisent en groupes isolés et s'atrophient. Or, plus les gaines lymphatiques s'oblèrent et plus le processus gagne vers l'intérieur du ganglion, plus le tissu de ce dernier se transforme en un tissu uniforme au milieu duquel quelques trainées de tissu fibrillaire rappellent seules l'existence des anciennes cloisons fibreuses. Enfin, celles-ci se détruisent à leur tour, une partie des vaisseaux disparaît et il ne reste plus qu'un tissu sarcomateux, présentant les mêmes caractères que celui de la grosse tumeur, et presque exclusivement composé des mêmes petites cellules situées dans les intervalles de trabécules épaissis ; en même temps, on y observe une disposition en files concentriques, parallèles à la capsule et d'autant plus rapprochées de cette dernière qu'elles offrent une épaisseur plus considérable. Ces modifications semblent

encore le résultat de l'hyperplasie des éléments fibreux situés à l'intérieur du ganglion. Enfin, la végétation à petites cellules se propage également des couches extérieures de la capsule jusque dans l'intérieur du ganglion. Cette capsule se perfore en plusieurs endroits, de façon à permettre au processus néoplasique de poursuivre sans discontinuité son développement jusque dans l'épaisseur du tissu périadénitique, tantôt sur un seul point, tantôt *sur tout le pourtour* du ganglion.

L'auteur conclut que le sarcome en question est un sarcome primitif de la sous-muqueuse du jéjunum avec propagation secondaire ou mésentère.

DISCUSSION.

En ce qui concerne le diagnostic clinique du point de départ de la tumeur, nous sommes obligés de reconnaître, avec Bessel Hagen, qu'il était impossible d'acquérir, à ce sujet, une certitude absolue.

Cependant, il nous semble que la notion de la stase alimentaire signalée à la suite des repas, à une date relativement rapprochée du début de l'affection aurait pu, en éveillant le soupçon d'une lésion intestinale, suggérer l'idée qu'il s'agissait peut-être sinon d'un néoplasme primitif du pylore ou de l'intestin grêle, au moins d'une infiltration néoplasique secondaire de ces derniers organes. Les vomissements alimentaires, l'exacerbation des douleurs sous forme de coliques paroxystiques, éclatant souvent à la suite des

repas, alors que se manifestait la stase épigastrique pour céder au moment où la résistance au passage des aliments était vaincue, l'aspect sanguinolent du mucus dysentérique dans les dernières phases de la maladie nous semblent fournir une présomption de plus en faveur de ce diagnostic. Quant à la ramification de la tumeur, à grand axe transversal, signalée immédiatement au dessus de l'ombilic, sa sonorité à la percussion devait nous obliger à la localiser de préférence dans le mésentère.

La matité absolue de la masse principale, jointe à sa mobilité dans tous les sens et sous l'influence des mouvements respiratoires, pouvaient faire localiser la tumeur aussi bien dans le grand épiploon que sur l'intestin.

La sensation fournie par le toucher rectal d'une masse grosse comme un œuf de poule, fixée à la paroi droite du bassin rendaient vraisemblable une extension secondaire à la paroi pelvienne. Si maintenant, nous envisageons la nature de la tumeur, l'apparition d'adénites multiples à ganglions mobiles, fermes, ne dépassant pas le volume d'un haricot, dans les régions cervicale, axillaire et inguinale, jointe à la rapidité d'évolution de l'affection ne semblaient pas laisser place au doute quant à la probabilité d'un fibrome embryonnaire.

L'examen histologique nous paraît confirmer ce dernier diagnostic.

La présence d'un réseau fasciculé dans les mailles duquel sont logées les petites cellules rondes et le fait

que ces cellules, un peu moins volumineuses que ne le sont habituellement celles du fibrome embryonnaire, semblent se rapprocher, par là, un peu plus des leucocytes ordinaires, pourraient donner le change avec un lymphome.

L'aspect finement grenu que ce réseau présente dans le cas qui nous occupe, semble le différencier du réticulum adénoïde.

L'hypothèse d'un lymphome pur serait, du reste ici, en opposition formelle avec la constatation du point de départ sous-muqueux du néoplasme, « le lymphome à forme néoplasique se développant toujours, à l'origine, dans la couche adénoïde normale (chorion) de la muqueuse.

OBSERVATION IV (*Résumée*).

(Observation publiée par M. PÉPIN, interne des hôpitaux.
Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.
(16 novembre 1891.) (Service de M. le D^r St-Philippe.)

*Fibrome embryonnaire globo-cellulaire (sarcome) du
mésentère et de l'intestin grêle chez un enfant de 5 ans.*

G... Angèle, 5 ans, entre à l'hôpital des enfants, salle 6,
lit 29, le 10 août 1891.

Antécédents héréditaires.

Aucune trace de tumeurs malignes.

Antécédents personnels.

Broncho-pneumonie en novembre 1889. A toujours été bien portante depuis. Vers le commencement de juin, elle reçoit de sa sœur aînée un violent coup de pied dans le ventre, ce qui, d'après la mère, serait le point de départ de tous les accidents.

Dans les premiers jours de juillet, l'enfant se plaint un peu du ventre, où la mère trouve une masse de la grosseur d'une mandarine, très mobile. Le ventre n'est pas plus gros que d'habitude, l'enfant conserve sa gaieté, son appétit; elle n'a pas de fièvre, pas de diarrhée, pas de constipation; en somme, en dehors de la douleur continue et de quelques crises douloureuses assez vives, survenant après les repas, son état général reste bon. Tout marche ainsi jusque vers le milieu de juillet. Les douleurs deviennent alors plus intenses, continues avec paroxysmes, se répétant plusieurs fois par jour, tantôt après les repas, tantôt à jeun. L'enfant pâlit, perd sa gaieté, son appétit; elle a des alternatives de constipation et de diarrhée, les nuits sont mauvaises; enfin, la mère constate que le ventre augmente sensiblement de volume de jour en jour et, le 10 août, la conduit à l'hôpital des enfants.

C'est une fille robuste, bien constituée, d'un teint un peu jaunâtre. Le ventre volumineux, présente dans le flanc gauche une saillie très nette, arrondie, du volume d'une grosse orange; de son bord supérieur droit, part un prolongement cylindrique, se dirigeant transversalement vers la partie moyenne et supérieure de la région hypogastrique où il se perd.

Cette saillie ne suit pas les mouvements de la respiration, mais se déplace un peu, suivant que l'enfant est

couchée sur le côté droit ou gauche. On constate un léger déplissement de la cicatrice ombilicale.

A la palpation, on sent une tumeur volumineuse qui s'étend : 1° de haut en bas, des fausses côtes gauches à la crête iliaque. (Depuis la crête iliaque jusqu'à l'épine du pubis, le bord inférieur de la tumeur est séparé de l'arcade de Fallope par un espace de trois travers de doigt) ; 2° transversalement, du bord externe du muscle carré des lombes gauche jusqu'à une ligne passant à deux travers de doigt, à droite de l'ombilic.

On peut enfoncer les doigts entre le rebord costal gauche et le bord supérieur de la tumeur, ce qui semble prouver qu'elle ne se prolonge pas sous les fausses côtes gauches. Il est plus difficile de pénétrer sous le bord inférieur de la tumeur, qui se perd dans le bassin.

Cette tumeur n'est pas uniforme, elle est formée d'une portion arrondie, de la grosseur d'une orange, proéminente dans le flanc gauche et reposant sur une masse bosselée, étalée, large à peu près comme la main d'un adulte et assez résistante. On peut lui imprimer des mouvements de latéralité assez étendus. Il est plus difficile, même impossible de la déplacer dans le sens vertical.

Sonorité de toute la région costale inférieure gauche et sur un espace de deux travers de doigt au dessous du rebord costal. Matité très nette sur toute la surface antérieure de la tumeur, sauf au niveau du prolongement cylindrique, déjà décrit, où la percussion superficielle détermine de la sonorité, la percussion profonde de la matité.

Sonorité au dessous du bord inférieur de la tumeur et de toute la région abdominale située à droite d'une ligne

passant verticalement à deux travers de doigt de l'ombilic.

Pas d'augmentation de volume du foie dont le bord inférieur ne dépasse pas le rebord costal.

L'enfant se plaint d'une douleur sourde, continue dans le ventre ; la palpation n'est douloureuse qu'au niveau de la masse arrondie du flanc gauche.

Langue blanche, inappétence marquée, selles liquides, jaunâtres, très fétides.

Douleurs dans les lombes et les cuisses, léger œdème des membres inférieurs.

Urines claires ; pas de sang ; pas de dépôt, albumine sous forme d'un léger nuage (chaleur, acide nitrique).

Un peu de dyspnée, aucun autre symptôme morbide à l'examen du poumon. Rien à l'examen du cœur.

Température du soir, 39°,8. Petits ganglions durs, mobiles, indolores au niveau du cou et dans le triangle de Scarpa.

24 août. — La malade est emportée par les parents ; son état est à peu près le même, mais le ventre a augmenté de volume. Au lieu de 75 centimètres de tour comme au jour de son admission, il mesure 95 centimètres. Amaigrissement un peu plus marqué ; moins de diarrhée ; pas de sang dans les selles ; urines toujours claires et légèrement albumineuses.

31 août. — Elle entre de nouveau à l'hôpital, en pleine éruption de rougeole ; elle est placée salle 19, lit 8, au pavillon de la rougeole. Elle est très affaiblie, très amaigrée, ce qui fait ressortir encore le volume du ventre. Elle est couchée tantôt sur le ventre, tantôt sur l'un ou l'autre flanc ; elle ne peut rester dans le décubitus dorsal, ce qui rend l'examen très difficile. Elle ne cesse de se plaindre

du ventre et par moments pousse des cris déchirants, légère cyanose de la face et des extrémités; dyspnée très marquée; matité, râles sous-crépitaⁿts fins, souffle bronchique à l'examen de la cage thoracique.

Rien à l'examen du cœur. Œdème des membres inférieurs. Anorexie, soif vive, diarrhée abondante, sept à huit selles par jour, très fétides, grisâtres.

Eruption de rougeole à macules pâles, peu abondantes.

Urines donnant un dépôt abondant de mucus, albumineux; pas de sang.

1^{er} septembre. — Vomissements analogues à de la purée, répandant une odeur très fétide.

2 septembre. — Cyanose généralisée; mort à 10 heures.

Autopsie.

À l'ouverture de la paroi abdominale, petite quantité d'un liquide grisâtre, fétide (20 gr. environ). Une tumeur volumineuse, discoïde, occupe tout le flanc gauche et presque toute la région ombilicale. Le grand épiploon épaissi, congestionné, recouvre toute sa face antérieure et adhère à sa partie inférieure. Le boudin cylindrique et sonore, constaté à l'examen clinique, est formé par le côlon transverse.

La tumeur se compose de deux masses: l'une intestinale, l'autre mésentérique.

Masse intestinale.

Sur le bord gauche de la tumeur, à 20 centimètres de la portion terminale du duodénum, se trouve sur l'intestin une masse occupant sous forme d'anneau toute la péri-

phérie de l'intestin ; cette masse a une largeur de quatre travers de doigt ; elle est résistante, épaisse et impossible à séparer de la tumeur mésentérique. Incisant le duodénum et l'intestin qui lui fait suite, en suivant leur bord libre, on arrive sur le néoplasme intestinal. Toute la partie de l'intestin grêle, située au dessus, présente une congestion très marquée de la muqueuse, sans épaisissements, sans ulcérations. Au niveau de la tumeur existe une cavité pouvant contenir une orange, remplie d'une matière grisâtre, fétide et liquide, communiquant très largement par chacune de ses extrémités avec la lumière du canal intestinal situé au dessus et au dessous. La surface de cette cavité est irrégulière, tomenteuse, de coloration noirâtre, elle présente plusieurs ulcérations superficielles, irrégulières comme forme, l'une de la dimension d'une pièce de 5 francs. La paroi a une épaisseur d'un travers de doigt, elle est constituée par un tissu blanchâtre, analogue à celui d'un champignon, à coupe nette, donnant un peu de suc par le grattage avec le manche du scalpel.

Masse mésentérique.

La tumeur mésentérique adhérente à la première est discoïde ; elle présente de grosses bosselures ; elle est exactement contenue entre les deux feuillets du mésentère qui est intimement lié à ses deux faces. Elle est formée par une masse principale, composée d'un tissu exactement analogue à celui de la masse intestinale. On y trouve des bosselures variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf de poule et qui ne sont autre chose que des ganglions dégénérés, contenus dans une coque fibreuse et résistante qui, incisée, laisse énucléer facile-

ment le ganglion. Cette tumeur est exactement contenue entre les deux feuillets du mésentère ; elle n'a aucune adhérence avec la colonne vertébrale, ne dépasse pas, du reste, en arrière, le pédicule du mésentère. En bas, elle s'arrête à deux travers de doigt au dessus de l'angle sacro-vertébral et n'a pas de prolongement s'enfonçant dans la cavité du petit bassin. Signalons la congestion de toute la muqueuse intestinale, la congestion du foie, de la rate, des reins. Les poumons présentent les lésions ordinaires de la broncho-pneumonie ; un peu de liquide citrin dans le péricarde. Dilatation très marquée du cœur droit, avec caillots noirâtres sans adhérences.

Sinus de la dure-mère remplis de sang noirâtre ; un peu de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens ; rien dans la substance cérébrale et les ventricules.

Examen histologique.

Les coupes de la tumeur intestinale, de la tumeur mésentérique et des ganglions volumineux contenus dans cette dernière montrent toutes qu'il s'agit d'un sarcome à petites cellules rondes, sarcome encéphaloïde.

Ce sarcome siégeait sur l'intestin grêle, à 40 centimètres du pylore et avait envahi ensuite une partie du tissu et des ganglions compris entre les deux feuillets du mésentère, partie directement en rapport avec la portion de l'intestin grêle malade.

DISCUSSION

Ici nous ignorons quel avait été le diagnostic clinique. Cependant, la situation de la tumeur, qui occupait tout le flanc gauche, le fait qu'elle était restée cantonnée presque exclusivement à la moitié gauche de l'abdomen, son défaut de connexion avec les organes thoraciques, la sonorité superficielle et la matité profonde du boudin qui semblait la prolonger vers la région hypogastrique pouvaient faire songer à un énorme fibrome embryonnaire du rein gauche ayant refoulé en avant de lui une anse du côlon. La situation de la limite postérieure de la tumeur, au niveau du bord externe du muscle carré des lombes et l'existence de douleurs lombaires, avec irradiations dans les cuisses, devaient sembler confirmer ce diagnostic, tandis que l'existence d'une mobilité nettement perceptible dans le sens transversal (malgré l'absence de mobilité verticale appréciable) était plutôt de nature à faire concevoir des doutes au sujet de son exactitude, car « une tumeur du rein est, en général, immobilisée » (1).

D'un autre côté, la précocité relative de l'atteinte des fonctions digestives semblait impliquer une parti-

(1) TILLAUX. — *Traité de chirurgie clinique*, t. II, p. 142.

cipation de l'intestin au processus morbide. Dans les fibromes embryonnaires du rein, « les fonctions digestives sont souvent indemnes; l'appétit est conservé dans la plupart des cas et si l'inappétence, l'anorexie surviennent, c'est vers la fin seulement » (1). La fréquence de l'apparition des crises de douleurs abdominales à la suite des repas aurait dû être considérée comme apportant un nouvel appoint en faveur d'une atteinte du tube digestif.

OBSERVATION V

Observation empruntée à Karl Stern. — *Berliner klinische Wochenschrift*; année 1894, page 802). (*Traduction inédite*).

Fibrome embryonnaire (sarcome), primitif de l'intestin grêle chez le nouveau né. — Absence de métastases.

Le 19 octobre 1891, à huit heures du matin, la pommée Marguerite H..., âgée de 28 ans, accouchait facilement, à l'hôpital et à l'expiration normale de sa première grossesse, d'un enfant à terme qui ne se distinguait en rien, extérieurement d'un enfant normal. Dès les premiers instants qui suivirent la naissance, on fut frappé de ce fait que l'enfant ne rendait pas du tout de méconium, il se mit également peu après, à vomir une grande quantité de masses colorées par de la bile.

(1) Thèse de Dumont, Paris, 1888-89.

L'abdomen était tuméfié, mais cependant souple ; on ne percevait rien d'anormal.

L'anus était bien conformé. Le lendemain, 20 octobre, l'enfant vomit à trois reprises spontanément, de même qu'après chaque tentative entreprise pour lui instiller doucement une certaine quantité de nourriture, que l'on eût recours soit au sein maternel, soit à tout autre procédé d'introduction des aliments. Il n'y eût pas d'avantage de selles ce jour là, bien que les langes fussent imbibés d'urine. D'après les symptômes, on pouvait dès le premier jour, porter le diagnostic d'occlusion intestinale, mais de quel genre d'occlusion s'agissait-il ? C'était évidemment là la question qui restait à résoudre. Le diagnostic rede-vint, pour quelques instants, hésitant, lorsque, le surlendemain, alors que les vomissements spontanés persistaient on obtint à la suite d'un lavement à la glycérine, l'évacuation d'une masse de méconium du volume d'une petite noisette et mêlée d'une grande quantité de mucus. Dans ces conditions, étant donné le dépérissement rapide de l'enfant, il était naturellement impossible d'exécuter la laparotomie éventuellement prise en considération.

Dans la suite, le tableau de l'affection ne subit que peu de modifications ; les vomissements persistèrent comme aussi l'absence de selles.

L'enfant dépérissait malgré toute la peine que l'on se donnait pour lui, et il succomba le 4 octobre, à 6 heures du matin.

Autopsie.

C'était sur l'intestin et à 1 mètre 82 centimètres au-des-

sous de la portion initiale de l'intestin grêle, que siégeait l'anomalie que nous allons décrire ci-dessous.

L'intestin grêle, mesurant (à l'état frais), une longueur totale de 20 centimètres, présente, au niveau de sa surface interne, une tumeur haute d'un centimètre et demi, reposant sur une large base; cette tumeur constitue un épais renflement qui, après incision de l'intestin, tranche sur la paroi de ce dernier, laquelle est exempte de toute autre anomalie.

La muqueuse intestinale épiète par une transition insensible sur la surface centrale (point culminant) de la tumeur; elle se perd ensuite à un demi centimètre environ de la base de cette dernière, au niveau d'une ligne irrégulière, en envoyant seulement un prolongement au fond d'un sillon qui traverse la tumeur de son extrémité centrale à son extrémité périphérique.

Sur la coupe, on reconnaît que le néoplasme se compose de trois couches et que la partie de la cavité intestinale, qui a été complètement retournée, présente distinctement une masse de coloration blanc jaunâtre uniforme, tandis que la couche moyenne est sillonnée de stries grises, opaques, rayonnant vers la couche inférieure de coloration blanc rougeâtre, inégale.

Structure microscopique.

De la muqueuse proprement dite, il ne reste que des débris; çà et là, on trouve encore des restes de glandes de Lieberkühn et de villosités, tandis que l'épithélium intestinal fait complètement défaut sur la plupart des préparations. Quelques rares cellules épithéliales sont encore conservées. Au milieu de ces vestiges, comme aussi au

milieu des débris encore facilement reconnaissables de la *muscularis mucosæ*, on trouve, disséminées dans l'épaisseur du tissu, de petites cellules rondes à noyau, relativement gros et s'imprégnant fortement de matière colorante. Ces cellules sont disposées; tantôt de préférence en amas, tantôt de préférence sous forme de trainées. C'est précisément de ces cellules rondes que se compose maintenant la sous-muqueuse, qui est convertie en une masse compacte et qui, sur la coupe, semble par places, autant qu'il est possible de l'apprécier, trois fois aussi épaisse que sur les coupes d'intestin normal comparées à celle-ci.

On rencontre des vaisseaux généralement capillaires, encore suffisamment gorgés de sang et en partie dilatés, d'abord à l'état isolé, puis par groupes de plusieurs sur chaque coupe. Par places, nous avons pu remarquer également, dans l'intervalle des cellules néoplasiques, une certaine quantité de sang.

La *muscularis submucosæ*, qui vient ensuite, est traversée par des trainées plus ou moins épaisses de ces cellules néoplasiques, dessinant des figures en forme de coin et suivant une direction parallèle à celle des travées du tissu conjonctif, tandis que la musculature externe longitudinale semble, par places, complètement dissociée jusqu'en ses faisceaux les plus tenus, par des travées régulièrement conformées sur la coupe de ces cellules rondes ci-dessus décrites.

Plus loin, nous découvrons au milieu de la couche qui représente l'assise musculaire externe de la *muscularis submucosæ* et au milieu de l'enveloppe séreuse péritonéale, qui, sur la plupart des coupes, dépasse en épaisseur l'ensemble de toutes les couches jusqu'ici décrites, un nombre extraordinaire de capillaires fortement saillants

dont les interstices, en forme de dépressions, sont exclusivement composés de ces mêmes cellules néoplasiques.

Ces formes rappellent, sous plusieurs rapports, certaines de ces figures bien connues, que Kolaczek a trouvées dans ses angio-sarcomes.

L'enveloppe péritonéale elle-même fut reconnue partout intacte.

DISCUSSION.

Le fait le plus saillant de la présente observation paraît être l'absence de tout indice qui eût pu sembler de nature à permettre, du vivant du malade, le diagnostic de la cause des accidents d'obstruction constatés chez lui.

Certaines formes d'invagination chronique, susceptibles d'être observées au cours de l'enfance sont, en effet caractérisées par un tel manque de netteté des manifestations symptomatiques que les erreurs de diagnostic ne sont pas rares (1) et eût-on réussi à éliminer cette hypothèse que le problème fût encore resté insoluble en présence des nombreuses anomalies signalées plus haut, par l'auteur de la relation qui nous occupe, comme susceptibles de fournir un tableau clinique analogue et qui ne peuvent guère être pour la plupart que des surprises d'autopsie.

(1) JALAGUIER. — *Traité des maladies infantiles de Comby et Marfan*, t. II, p. 745.

OBSERVATION VI (*Résumée*).

Observation empruntée à la thèse de DEBRÜNNER.

(*Traduction inédite.*)

Fibrome embryonnaire (sarcome) primitif de l'anse sigmoïde (côlon ilio-pelvien). Métastases dans l'ovaire gauche, le poulmon gauche et les ganglions lombaires gauches. Périlonite.

Anna Mutti est admise à la polyclinique de l'hôpital d'enfants de Zurich, clinique propédeutique, le 22 avril 1882.

La malade est âgée de 16 ans. Jusqu'en décembre 1881, elle avait toujours été bien portante. A cette époque, elle fut prise de douleurs abdominales qui l'obligèrent à suspendre son travail et à s'aliter. Elle eût de la fièvre. Plus tard survint de la tuméfaction abdominale, en même temps que les douleurs reparurent dans la région ombilicale. Au dessous de l'ombilic, il se développa une voussure sphérique qui, au dire de la malade, était le siège de violentes douleurs pendant la miction. Au cours de la première semaine qui suivit le début de l'affection, elle fut tourmentée d'impérieux besoins d'uriner, accompagnés d'une augmentation considérable de la fréquence des mictions, bien qu'elle éprouvât aussi des besoins non suivis d'évacuation. L'urine devenait, d'après son témoignage, au bout d'un certain temps, tout à fait épaisse et le médecin y trouva de l'albumine.

Présentement, la défécation serait le plus souvent régu-

lière. La malade n'a jamais eu de diarrhée. Il n'y a jamais eu ni sang, ni pus, ni mucus d'évacué avec les selles.

Au milieu de janvier 1882, les douleurs disparurent ; elles revinrent cependant, au bout de quatorze jours, mais elles ne présentaient plus les mêmes caractères. Tandis que les douleurs primitives étaient continues, les douleurs actuelles se suspendent pour reparaitre périodiquement. Elles semblent persister plus longtemps dans la station debout que dans le décubitus. Elles éclatent surtout à la suite des repas ; c'est le matin, après le repos au lit, qu'elles se montrent le plus rarement.

L'appétit de la malade est mauvais depuis le début de l'affection et c'est à cette particularité qu'elle attribue son amaigrissement.

Les menstruations n'ont pas encore fait leur apparition.

État de la malade avant son entrée à l'hôpital catonnnal.

Aucune modification à la percussion ou à l'auscultation au niveau de la partie antérieure des poumons. La limite du poumon droit est légèrement refoulée en haut. On sent le choc de la pointe du cœur à sa place accoutumée.

Dans le deuxième espace intercostal, à gauche du sternum, la vue perçoit d'énergiques pulsations.

Les bruits du cœur sont nets.

L'état des poumons est normal en arrière comme en avant.

L'abdomen est tendu.

Au niveau de la limite inférieure du mésogastre, du côté gauche, et plus bas on voit une légère voussure. Au même niveau, on peut sentir une tumeur qui s'étend en bas

jusqu'à un travers de doigt de la symphise et qu'il est possible de délimiter nettement en haut et en dehors. Cette tumeur est unie et assez résistante dans sa partie moyenne; elle subit des déplacements et aussi, en apparence, des modifications de volume sous l'influence des mouvements péristaltiques de l'intestin de telle sorte que, par instant, c'est à peine si l'on sent quelque chose de la tumeur, son emplacement primitif ne dénotant plus qu'une très vague résistance. La tumeur a disparu et la tonalité à la percussion est alors un peu plus élevée et plus brève à ce niveau que dans le point correspondant du côté droit, mais sans cependant que l'on perçoive une matité proprement dite. Sous l'influence des mouvements péristaltiques, les intestins bombent pour ainsi dire en avant, de telle sorte que la tumeur reparait en redevenant appréciable au toucher; elle donne alors un son mat à la percussion, puis disparaît encore une fois dans la profondeur de la cavité abdominale en exécutant des mouvements ondulatoires de l'épine iliaque antéro-supérieure à la ligne blanche.

La moitié gauche du mésogastre, à l'exception de l'endroit attenant à l'ombilic ainsi que toute la partie située à gauche et en dehors, au dessous et aussi un peu à droite de la région où l'on perçoit de la résistance, sont sensibles à la pression profonde. Chaque fois que la tumeur bombe en avant, la malade est prise aussitôt de douleurs spontanées.

Le diagnostic fut formulé en ces termes : sténose intestinale consécutive à la présence de reliquats de péritonite exsudative, incomplètement résorbés.

État actuel.

Le 22 avril, entrée à l'hôpital cantonal. L'abdomen est tuméfié. Sa palpation est douloureuse; elle permet de sentir, derrière sa paroi au dessous et un peu à gauche de l'ombilic une tumeur assez ferme, grosse comme un œuf de poule. La tumeur se déplace spontanément sous l'influence des mouvements péristaltiques. A l'occasion de ces déplacements, la malade accuse de violentes douleurs. A cause de la tension extrême des muscles de l'abdomen, il est impossible de pousser plus loin la constatation des particularités présentées par la tumeur.

22 avril. — Pas de constipation.

Dans le courant de la journée, la tumeur a fait, à plusieurs reprises, son apparition sous la paroi abdominale pour disparaître ensuite.

T. 36,8, P. 100.

24 avril. — L'abdomen est toujours entièrement météorisé. L'exploration rectale ne permet de sentir aucune tumeur. Pendant le décubitus et l'application des cataplasmes, les douleurs sont peu intenses, elles redeviennent ce qu'elles étaient quand on a enlevé les cataplasmes et quand on pratique un examen de la malade.

T. 37,2. P. 100.

28 avril. — Les selles sont peu abondantes, formées de matières dures, lisses et rubanées. Les douleurs ont presque complètement disparu. T. 36,2, P. 100.

3 mai. — L'abdomen est un peu plus tuméfié. On ne peut plus sentir la tumeur.

T. 36,4, P. 96.

5 mai. — L'urine est trouble, albumineuse. La malade éprouve des douleurs lancinantes dans l'abdomen.

T. 36,1, P. 100.

7 *mai*. — La veine jugulaire droite est fortement gonflée, dure au toucher, bleuâtre et visible par transparence. Sur la poitrine, un exanthème tacheté.

Douleurs sur le trajet de la veine jugulaire droite. T. 36,2, P. 96.

8 *mai*. — Toujours des douleurs dans le domaine de la veine sur laquelle on sent un nodule. T. 36,4, P. 96.

10 *mai*. — La malade se plaint de maux de tête. T. 36, P. 100.

11 *mai*. — La douleur perçue sur le trajet de la veine et la dilatation de cette dernière ont diminué. T. 36, P. 100.

20 *mai*. — Depuis hier soir, la malade a de la fièvre et des maux de tête. Vessie de glace. La tumeur est redevenue nettement perceptible. Entre l'ombilic et le pilier costal gauche, on perçoit de la résistance en même temps que l'on provoque de la douleur. T. 37, P. 112.

22 *mai*. — Douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche. Augmentation de la fréquence des envies d'aller à la selle; efforts de défécation souvent infructueux ou suivis seulement de l'expulsion d'une petite quantité de matière diarrhéique. Lavement ordinaire, à l'opium.

A travers la paroi antérieure du rectum, on sent une tumeur qui semble appartenir à l'utérus. Plus haut, on perçoit également une saillie, de consistance ferme, qu'il n'est pas possible de mobiliser. De chaque côté et au niveau de la paroi antérieure du rectum, on découvre par le toucher, des foyers d'induration qu'il est facile de circonscrire.

T. 37, P. 100.

23 *mai*. — La résistance persiste dans la fosse iliaque

gauche. La matité, au niveau de cette région, n'est pas très prononcée.

L'augmentation de fréquence des envies d'aller à la selle persiste.

T. 36,6, P. 104.

24. *mai*. — L'examen microscopique dénote l'existence de sang et de globules de pus dans les selles. T. 36, P. 100.

26 *mai*. — Même découverte que le 23 mai, à l'examen des garde-robes. Les fèces sont de consistance fluide et mêlées de petits lambeaux.

T. 36,6, P. 108.

29 *mai*. — De la fosse iliaque gauche, la tumeur empiète davantage vers le milieu de l'abdomen.

T. 36, P. 100.

30 *mai*. — Pouls petit.

Hier soir, la tumeur semblait, d'après la palpation, plus volumineuse. Elle dépassait la ligne médiane.

Son étendue est également plus considérable vers le haut. La malade a de violentes douleurs. Opium.

Ce matin, un vomissement à 3 heures.

La malade se plaint inopinément de nausées et de douleurs abdominales. En ce moment, on la trouve dans un état de prostration profonde avec petitesse du pouls.

Tuméfaction et résistance tympanique généralisée de l'abdomen.

Toute la moitié gauche fournit un son un peu plus obscur qu'à l'état normal. La tumeur est aussi nettement appréciable que la veille. Les douleurs sont extrêmement violentes.

T. 37,2 ; P. 120 à 144. Cinq vomissements.

Diagnostic : Péritonite diffuse.

31 *mai*. — Ce matin, le pouls est incomptable.

L'urine est très foncée, un peu louche. Elle filtre assez difficilement et teint en rouge le papier bleu de tournesol. Le chauffage la trouble et l'acide acétique la rend encore plus trouble. Par conséquent, elle est albumineuse. Sa coloration brun foncé n'est modifiée par aucun réactif. T. 36,2, 36; P. 120, 124, 132; R. 32, 20.

Huit vomissements.

1^{er} *juin*. — Léger degré de prostration.

Le bras gauche est complètement cyanosé.

Vers le soir, se font sentir de violentes douleurs. L'examen de la malade est devenu impossible. P. 124 à 112; R. 32 à 20.

3 *juin*. — Le bras gauche est légèrement cyanosé, le pouls un peu meilleur. La tuméfaction de l'abdomen est considérable; elle est un plus accusée au niveau de la moitié gauche de l'épigastre que de la droite.

Sur le flanc gauche et en arrière, sonorité tympanique comme au niveau du droit. A la surface de l'abdomen, la sonorité est également éclatante, sans qu'il soit possible de découvrir aucune zone de matité. L'aire de matité hépatique est réduite à une bande large d'un travers de doigt. Les douleurs abdominales reviennent périodiquement, principalement chaque fois que l'on enlève les cataplasmes. P. 120, 124, 128; R. 18.

Trois vomissements.

4 *juin*. — Trois vomissements depuis hier.

Pus et globules sanguins dans l'urine.

P. 128, 140, 148; R. 18, 24, 20.

5 *juin*. — Pouls filiforme, très fréquent, sans intermittences. Urines louches. Injections de morphine de 0 gr. 0075; P. 152, 136, 128; R. 16, 12.

Trois vomissements.

Issue fatale le soir même.

Autopsie.

Le long du côté gauche de la colonne lombaire jusque dans le petit bassin, on trouve des masses néoplasiques noirâtres qui vont en diminuant de volume de bas en haut. Le côté droit de la colonne lombaire est libre.

Sur l'anse sigmoïde siège un néoplasme annulaire, déterminant une sténose du tube intestinal. Au niveau du point où l'anse repose sur le fond de l'utérus en passant par dessus les ganglions sont infiltrés de nodules néoplasiques. Au niveau même de l'anse, le gros intestin est dilaté. Dans l'ovaire gauche, on découvre un noyau néoplasique semblable. Au niveau du pourtour de la base du poumon gauche, on trouve un ganglion du volume d'une noisette. Diagnostic anatomique : néoplasme primitif de l'anse sigmoïde ; métastase dans l'ovaire gauche, le poumon gauche et les ganglions lombaires gauches. Péritonite.

DISCUSSION.

Dans le dernier cas, dont nous venons de donner un exposé aussi complet que possible, il nous semble que, si la notion de la possibilité d'un néoplasme intestinal se fût présentée à l'esprit, il n'eût peut-être pas été

impossible d'arriver au diagnostic véritable à l'aide des seuls signes cliniques.

Le fait que la tumeur avait été perçue sous les parois abdominales peu de temps après le début des accidents et à une époque où le toucher rectal était encore négatif, devait naturellement faire supposer que c'était elle qui représentait la lésion primitive. Sa topographie circonscrite à une région peu étendue située au dessous et un peu à gauche de l'ombilic et le fait que sa limite inférieure s'arrêtait à un travers de doigt au dessus de la symphyse permettaient d'éliminer d'emblée, en même temps que les tumeurs issues des organes thoraciques, celles du rein et des organes pelviens.

Sa matité rendait peu vraisemblable l'hypothèse d'une tumeur mésentérique ou rétropéritonéale, qui si elle n'eût pas dépassé de volume, aurait été certainement recouverte d'anses intestinales sonores.

« Les tumeurs épiploïques offrent presque toujours une disposition étalée ou en plaques » ; cependant, les sarcomes du péritoine, qui « atteignent en quelques mois un volume énorme » et « ne s'accompagnent pas d'ascite », pourraient prêter à la confusion ; mais « ils ne provoquent aucun trouble fonctionnel jusqu'à une période avancée de leur évolution (1).

De plus l'exagération des mouvements péristaltiques devenus visibles à travers l'abdomen et la participation manifeste de la tumeur à ces derniers, nous semble

(1) CAMUS. — Thèse de Paris, 1891-92.

de nature à conduire, presque à coup sûr, au diagnostic de tumeur intestinale si nous évoquons le passage suivant de Lebert : « Chez quelques malades, on voit très bien à travers les parois abdominales, les mouvements péristaltiques des intestins ; ce signe peut faire présumer l'existence d'une tumeur qui met un obstacle au passage des matières (1).

Toutefois, nous sommes obligés de tenir compte de cette remarque judicieuse de Debrunner, à savoir que « un sarcome du péritoine qui serait adhérent à une anse intestinale pourrait être animé de mouvements identiques (2).

Quant à la détermination exacte de la portion d'intestin malade, il semble que nous devions nous montrer particulièrement réservés en présence de cette observation de Lebert : « l'intestin cancéreux est sujet à se déplacer et il est parfois impossible de juger d'après le siège seul de la tumeur, de son point de départ (3) ».

L'aspect rubané présenté à un moment donné par les matières fécales était le seul indice susceptible de faire penser que le siège du néoplasme était le gros intestin.

Si, maintenant, nous laissons de côté les néoplasies tuberculeuses ou syphilitiques dont l'hypothèse ne trouve ici aucun fondement, ni dans les antécédents,

(1) LEBERT. — *Traité des maladies cancéreuses*.

(2) DEBRUNNER. — Thèse de Zurich, 1883.

(3) LEBERT. — *Traité des maladies cancéreuses*.

ni dans l'état des différents organes autres que le tube digestif, nous n'aurons à nous prononcer qu'entre le fibrome embryonnaire et le lymphome.

Le fait que le premier signe révélateur de la maladie a été ici la douleur abdominale, alors que, dans la plupart des cas, au début du lymphome à forme néoplasique de l'intestin, « le ventre grossit peu à peu, sans douleurs soit spontanées, soit provoquées, sans coliques, sans diarrhée (1) », et peut être aussi la mobilité toute spéciale de notre tumeur qui contraste avec l'immobilité toujours absolue, au témoignage de Gilly du lymphome intestinal à forme néoplasique, en imposent-ils plutôt en faveur du fibrome embryonnaire.

Bien que le résultat de l'examen histologique ne nous soit point connu, l'autopsie n'en confirme pas moins la conclusion adoptée par la clinique en raison de l'absence de toute ulcération appréciable du néoplasme alors que la présence d'ulcérations multiples, intéressant, en général, toute l'épaisseur de la paroi intestinale est signalée par Gilly comme absolument constante dans la lymphadénie intestinale à forme néoplasique (1).

OBSERVATION VII (*résumée*).

(SPANTON. — *Médical Times and gazette*. — § 1^{er}, p. 278, année 1878).

La traduction *in extenso* de cette observation se trouvant

(1) GILLY. — Thèse de Paris, 1886.

déjà dans la thèse de Journet, nous ne ferons qu'en énumérer brièvement les points principaux.

Entrée le 21 janvier 1877.

Il s'agit d'une petite fille de 12 ans, qui, 3 semaines après une chute sur le siège, fut prise seulement à l'occasion de la marche, d'une douleur l'obligeant à trainer le côté droit.

En même temps, on découvrait dans la fosse iliaque droite, une tumeur molle, ovale, recouverte par des anses intestinales sonores.

Plus tard, survinrent des vomissements, des douleurs abdominales spontanées et un état fébrile accompagné d'accélération du pouls.

Enfin, après une période d'accalmie se déclara une péritonite généralisée avec décubitus en chien de fusil, ventre tendu, tympanique, langue sèche et dure et la malade succomba après avoir eu une hémathémèse, ie 8 septembre.

Autopsie.

Au niveau de la terminaison de l'iléon, on trouve une masse encéphaloïde grosse comme une noix de coco ; au niveau de la muqueuse de l'iléon une ulcération vaste et profonde, enfin, dans la substance corticale des reins, des taches blanches, rondes, grosses comme un pois, d'apparence encéphaloïde.

OBSERVATION VIII (*Résumée*).

(JAMES DUNCAN. — *Journal médical d'Édimbourg*. — T. 31, page 1127, année 1886). — (*Traduction inédite*).

Fibrome embryonnaire (sarcome) de l'intestin grêle, avec foyers métastatiques dans les deux reins).

Joseph H..., âgé de 3 ans 1/2, fut examiné pour la première fois le 29 novembre 1885.

Depuis 10 jours environ, la mère s'était aperçue que son enfant éprouvait du malaise; mais, comme il continuait à jouer et à s'alimenter convenablement, elle ne s'en était pas inquiétée, malgré la distension du ventre et l'œdème des jambes, jusqu'au jour où cet œdème des membres inférieurs augmenta d'une façon notable.

Je constatai, à l'examen, un œdème considérable des jambes et du pénis; l'abdomen très ballonné donnait à la percussion un son tympanique dans toute son étendue, excepté dans la région iliaque gauche, du côté de l'aîne où l'on constatait de la matité et de la douleur. On ne pouvait préciser les limites du foie. La miction était douloureuse; 80 pulsations; température normale, respiration accélérée. L'examen du thorax donnait une matité absolue dans les deux tiers du poumon droit, en arrière. Cette matité ne se retrouvait ni latéralement, ni en avant. Absence de bruits respiratoires profonds. Le lendemain, l'œdème avait complètement disparu pour ne plus se reproduire. L'urine examinée fut trouvée exempte d'albumine.

1^{er} décembre. — La partie inférieure gauche de l'abdomen est le siège d'une vive douleur.

Un jour ou deux après, on constate, dans cette région, la présence d'une tumeur nettement limitée, donnant à la percussion, un son mat qui se prolongeait du côté de la vessie, /

Bien qu'il se fut écoulé de l'urine dans le lit, cette tumeur était susceptible de faire croire à une distension de la vessie, et le 3 décembre, je me préparais à pratiquer le cathétérisme quand, renouvelant la percussion, je perçus de la sonorité au dessus du pubis et de l'empâtement avec matité absolue dans la région iliaque gauche. Après un nouvel examen plus attentif, je fus convaincu qu'il n'y avait que peu d'épanchement dans l'abdomen. La gêne respiratoire continuait à s'accroître, elle se montrait souvent extrême pendant la nuit ; ces symptômes ne s'amendaient pas sous l'influence de la médication purgative et diurétique.

6 décembre. — La ponction de la moitié droite du thorax, pratiquée en arrière, entre la 6^e et la 7^e côte, donne 8 onces d'un liquide séreux trouble, chargé de flocons.

La percussion, qui rendait un son mat de ce côté donna de la sonorité immédiatement après la ponction ; mais, le lendemain, la matité reparut de nouveau pour ne plus subir aucune modification, dans toute l'étendue de la région, sauf, peut-être, au niveau du sommet, quand on maintient le malade dans la position assise.

La ponction n'avait pas amélioré sensiblement la situation ; on en pratiqua trois jours après, une seconde, qui donna 11 onces d'un sérum brunâtre, moins chargé de flocons que le premier. A cette date, on nota également

de la matité au tiers inférieur gauche du thorax. Cette seconde ponction ne fut suivie d'aucun soulagement. La dyspnée ne cessa d'aller en augmentant d'intensité, surtout la dyspnée nocturne. Resp. 48. Pouls 120 à 140.

12 décembre. — Paracentèse.

Le liquide aspiré remplit à peine la pompe servant à la ponction.

Pendant un jour ou deux, toutefois, un suintement continu qui s'était établi au niveau de la piqûre rendit l'abdomen moins tendu et la palpation plus facile.

On sentait le foie au dessous des fausses côtes et son aire de matité semblait se continuer avec l'empâtement ci-dessus mentionné du flanc droit.

15 décembre. — La dyspnée nocturne nécessite une troisième ponction thoracique qui donne six onces d'un liquide plus foncé. Le faciès de l'enfant est grippé; l'appétit depuis longtemps mauvais est nul maintenant. On perçoit de petits ganglions dans la région iliaque droite. Une diarrhée colliquative se déclare et le 19 décembre au matin, le petit patient avait trouvé le repos.

Autopsie.

36 heures après la mort :

Les ganglions axillaires gauches sont appréciables à la palpation.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe une petite quantité de liquide et l'on constate dans la région iliaque gauche, la présence d'un ganglion gros comme une noisette.

Les intestins sont distendus et adhérents au mésentère qui est très épaissi.

Une portion de l'intestin grêle, qui siège dans la région

iliaque gauche, et longue d'environ 3 pouces, est occupée par une masse cancéreuse dure, enveloppant tout le calibre de l'intestin et s'étendant au mésentère. Sa surface libre présente quelques légères extravasations sanguines.

Le foie était hypertrophié, sa face supérieure présentait un aspect grasseux et à sa partie inférieure, on apercevait, dans le lobe droit et le lobe carré, de petites masses cancéreuses du volume d'une grosse noix. Dans le flanc droit, où l'on avait constaté, au cours de l'existence, une tuméfaction résistante, on voyait une tumeur cancéreuse du volume d'une orange, dirigée vers le rein, mais n'adhérant pas à cet organe. On constatait la présence de nodules cancéreux dans les deux reins. A l'extrémité inférieure du sternum, au niveau de sa face interne, un ganglion.

Le poumon droit, refoulé vers le sommet du thorax, était entouré en arrière d'une vaste cavité remontant en haut jusqu'à la quatrième côte et descendant inférieurement jusqu'à la base du thorax. Cette cavité renfermait une petite quantité de liquide séreux. Le poumon gauche était sain, abstraction faite d'un léger épanchement pleurétique à la base.

L'examen microscopique des tumeurs fut pratiqué par le docteur Stalker, qui reconnut les caractères du squirrhe.

DISCUSSION

Le mot squirrhe nous semble employé par l'auteur de la précédente relation comme synonyme du mot

cancer pris dans son acception la plus large, c'est-à-dire désignant toutes les tumeurs réputées malignes, qu'il s'agisse de tumeurs épithéliales ou conjonctives. D'après ce que nous avons démontré au cours de notre étude historique, il est évident qu'il s'agit ici, selon toute vraisemblance soit d'un fibrome embryonnaire, soit d'un lymphome à forme néoplasique, l'absence de toute ulcération au niveau même de la tumeur nous semblant rendre plus acceptable la première hypothèse.

Quant à l'adénome, qui est une tumeur épithéliale, observée au cours de l'enfance et de l'adolescence, nous ne croyons pas qu'on puisse le faire entrer en ligne dans la présente discussion, car « il s'arrête le plus souvent dans son évolution » (1) et : « il ne se généralise jamais » (2).

OBSERVATION IX

(Service de M. le Dr Descroizilles). (Observation publiée par M. LEBON. *Revue des maladies de l'enfance*. T. XII, page 314, juin 1894.)

Fibrome embryonnaire (sarcome) énorme du foie. Fibrome embryonnaire (sarcome) de l'intestin grêle et des ganglions voisins.

Le 7 octobre 1892, on admettait au n° 14 de la salle Dechaumont, Elisa D., âgée de 11 ans 1/2.

(1) LANCEREAUX. — T. I^{er}, p. 410.

(2) RANVIER. — *Traité d'histologie pathologique*, p. 339.

Antécédents héréditaires.

Rien au point de vue des tumeurs malignes.

Antécédents personnels.

Rougeole bénigne au cours de la troisième année.

Maladie actuelle.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle s'était alitée pendant quinze jours, parce qu'elle éprouvait dans le ventre, des douleurs qui siégeaient principalement dans l'hypocondre et le flanc du côté droit, sans qu'il y eût ni vomissements, ni diarrhée ou constipation. Elle avait pu ensuite se relever, pour ne reprendre le lit que le 4 octobre. Mais, pendant le mois d'août et de septembre, on remarquait chez elle de la pâleur et de l'amaigrissement, bien qu'elle parut avoir un appétit exagéré.

Le 6 octobre, la situation changeait brusquement ; les douleurs abdominales devenaient violentes, surtout au niveau du foie et s'accompagnaient de constipation, de vomissements bilieux, de ballonnement, avec crampes dans les mollets, mais sans fièvre et sans algidité ni cyanose.

Etat actuel.

Le 8, on constatait de l'anorexie, de la constipation avec une soif vive, une langue suburrale, des lèvres fuligineuses, et un gonflement notable de la paroi abdominale qui, peu sonore à la percussion, était soulevée transversalement

par une saillie oblongue, nettement perceptible. On pouvait croire, tout d'abord, que cette voussure correspondait à la dilatation d'une anse intestinale, mais un examen attentif permettait bientôt de supposer qu'elle était principalement produite par une énorme tuméfaction de la glande hépatique. Au niveau de l'hypocondre et du flanc droits, ainsi que de l'épigastre et de la partie médiane et inférieure du thorax, la peau était tendue et luisante, et au dessous d'elle, on apercevait des veines sinueuses et dilatées. Le ventre, de forme globuleuse, semblait très douloureux à la palpation qui permettait de découvrir, au dessous de la paroi une masse dure, lisse, élastique et mate dans toute son étendue. Cette masse soulevait la partie antérieure et inférieure de la cage thoracique, qui était séparée de l'abdomen par un sillon transversal très prononcé. Il n'y avait d'autre part, ni teinte ictérique, ni accélération ou ralentissement du pouls, ni élévation de la température.

On ne rencontrait aucun bruit stéthoscopique, et aucun trouble fonctionnel du côté du poumon, ni du côté du cœur ; toutefois, ce dernier organe était déplacé de bas en haut, on voyait sa pointe onduler à 3 centimètres à peu près, au dessous et en dedans du mamelon gauche.

L'enfant, qui paraissait fortement constituée n'était pas sensiblement amaigrie ; sa physionomie exprimait la souffrance, et de fréquents paroxysmes lui arrachaient des gémissements. Elle ne vécut que quatre jours après son entrée dans notre salle et succomba le 11 octobre, sans avoir présenté de coloration ictérique, même au niveau des conjonctives, et après être restée constamment repliée sur elle-même, dans une attitude semblable à celle des enfants atteints de méningite, avec une physionomie triste

et grimaçante et de la photophobie. Il n'y eût ni fièvre, ni ascite, ni œdème des extrémités et, dans les derniers instants de la vie, la constipation fut remplacée par des selles diarrhéiques, jaunes et fétides.

L'examen du liquide vésical ne put être fait qu'avec difficulté, car la malade urinait sous elle ; on trouva, dans l'urine, quelques globules blancs et des traces d'albumine, mais pas de sucre, ni de globules rouges.

A l'aide d'une piqûre faite au doigt, on se procura du sang qui fut examiné à l'aide du microscope. L'examen fit découvrir des globules blancs, en quantité un peu plus considérable qu'à l'état normal.

L'énorme masse solide qui remplissait la partie supérieure de la cavité abdominale, parut grossir encore dans l'intervalle qui sépara le 7 du 11 octobre.

La tumeur occupait tout l'hypocondre droit et une grande partie de l'hypocondre gauche.

L'intumescence dépassait le rebord costal droit de 7 centimètres.

Le bord inférieur de la masse, tranchant et facile à déterminer par la palpation, partait de l'épine iliaque antéro-supérieure droite et aboutissait à deux centimètres au dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Elle présentait un premier angle rentrant sur la ligne verticale passant par le mamelon droit, et un second angle rentrant à 5 centimètres au dessus de l'ombilic et à 6 centimètres à gauche de la ligne médiane.

On crut d'abord que cet angle était formé par la rencontre de l'extrémité gauche du foie et du bord droit de la rate tuméfiée ; mais cette opinion fut abandonnée par la suite.

Autopsie.

L'ouverture de la paroi abdominale mit en évidence un énorme foie, d'un aspect veineux et marbré, dont le lobe droit était trois fois plus gros que le lobe gauche. On voyait, à la surface de l'organe, de très nombreux noyaux, de couleur blanc jaunâtre, lisses, durs, élastiques, dont quelques-uns étaient légèrement saillants et d'autres en forme de cupule. Leurs dimensions variaient beaucoup, car les uns avaient un diamètre de 3 ou 4 centimètres ; d'autres ne dépassaient pas un volume beaucoup plus restreint, et d'autres pouvaient se comparer à des grains de millet : un gros noyau faisait saillie sur le bord inférieur.

Le tissu glandulaire du foie, était en quelque sorte farci de noyaux blanchâtres, analogues à des marrons, incrustés dans la substance hépatique, dont une faible portion seulement restait saine.

L'organe entier pesait 2 kilog. 850 et ses dimensions étaient transversalement, de 35 cent. en hauteur, de 21 cent. à l'extrémité droite, de 17 cent. à l'extrémité opposée ; en épaisseur, de 10 cent. à droite, de 7 cent. à gauche. La vésicule biliaire contenait de la bile et n'était pas altérée ; du côté de la veine porte, on ne trouva pas de lésion. La rate, fort petite, dissimulée derrière le foie, mais non déformée, ne pesait que 80 grammes.

Au niveau de la fosse iliaque droite, on découvrit une tumeur du volume d'une orange de dimensions moyennes.

Cette tumeur, constituée par une dégénérescence des ganglions voisins et de la dernière portion de l'intestin

grêle, offrait à la coupe l'aspect d'un tissu cancéreux. La muqueuse de l'iléon était ulcérée dans les points les plus rapprochés du gros intestin ; celle du cœcum, au contraire, était intacte.

Les reins étaient tuméfiés, blancs, surchargés de graisse et la substance corticale semblait en partie détruite.

On ne découvrit aucune altération des centres nerveux, ni du cœur. Les poumons étaient refoulés, de bas en haut, par l'intumescence hépatique ; on trouva à gauche des adhérences pleurales et un peu de congestion de la base.

OBSERVATION X. — *Observation inédite.*

Hôpital de Notre-Dame du Perpétuel Secours de Levallois-Perret. Service de M. le Docteur LANCEREAUX.

(Fibrome embryonnaire.) Sarcome du duodenum. Rétrécissement de l'embouchure du canal cholédoque. Oblitération du canal pancréatique.

M... Marguerite, âgée de 11 ans, née à Fourchambault (Nièvre) et habitant Levallois-Perret, entre le 16 février 1896 à l'hôpital du Perpétuel Secours, dans le service de M. Lancereaux, pour un ictère généralisé.

Antécédents héréditaires.

Père, 37 ans, bien portant, buveur.

Mère, 30 ans, bien portante.

Un frère de 7 ans, bien portant.

Antécédents personnels.

A eu la rougeole et la coqueluche. Pas de migraines ni d'épistaxis. N'a eu ni rhumatismes, ni chorée. Est médiocrement nourrie.

Elle a habité la Nièvre où, prétend-t-elle, il y a des marais.

Elle n'est à Paris que depuis un an et demi.

Elle n'aurait jamais eu de fièvres paludéennes.

Il y a un mois que l'on s'est aperçu qu'elle devenait jaune.

Maladie actuelle.

Petite fille très maigre, de taille relativement élevée. La peau présente une teinte jaune verdâtre ainsi que les conjonctives.

Les pupilles sont égales.

La langue est rosée.

Myœdème très prononcé.

Cœur : La pointe bat dans le 4^e espace, à 7 centimètres de la ligne médiane. Les battements sont forts et réguliers. Pas de frémissement.

A l'auscultation, rien de particulier ni à la pointe, ni à l'aorte.

Poumons : Rien d'anormal.

Foie : Limite supérieure : 4^e côte.

Limite inférieure : niveau de l'ombilic. Hauteur de la ligne de matité verticale : 20 centimètres ; et à la palpation, rien d'anormal.

Rate : Volumineuse, 10/15 centimètres.

Ventre souple ; pas de météorisme ni d'ascite ; pas de circulation veineuse collatérale.

Pouls : Assez fort, régulier, 120.

Matières fécales : Décolorées, grisâtres.

Urines : Transparentes, jaune verdâtre.

Densité, 1010.

Albumine, 0.

Pigments biliaires normaux. (Avec l'acide azotique, on obtient une zone verte et au-dessous une zone violacée.)

9 mars. — *Urines* : Jaunes, assez claires.

Densité, 1010.

Albumine, 0.

Pigments biliaires normaux. (Avec l'acide azotique on obtient une teinte verte.)

L'état de la petite malade était allé en s'améliorant (car l'ictère s'était atténué en même temps que l'hypermégalie hépatique et splénique), quand, hier matin, elle fut prise d'une céphalée qui dura toute la journée et s'accompagna d'hyperthermie.

Elle a pris hier soir 50 centigrammes de quinine.

Aujourd'hui, elle est abattue, elle a de la fièvre et se plaint de céphalée frontale.

La langue est bonne. Il n'y a ni vomissements, ni nausées.

La peau conserve encore une teinte jaune, mais d'une intensité assez modérée.

Les sclérotiques sont également jaunâtres.

La peau est chaude, mordicante, sèche, mais elle n'est le siège d'aucune éruption.

Ni mal de gorge, ni coryza.

Pouls : 112 ; régulier et fort.

10 mars. — La malade a bien dormi la nuit dernière.

Ce matin, la céphalée frontale a reparu.

La peau présente une teinte jaune pâle, analogue à celle du vieux plâtre.

Les conjonctives sont encore légèrement ictériques.

Il y a de la maigreur et du myœdème.

Cœur. — La pointe bat dans le 4^e espace, à 7 centimètres 5 de la ligne médiane.

Les battements de sa pointe sont nettement perceptibles à la vue ainsi que ceux des artères du cou.

Aucun frémissement ni à la pointe, ni au foyer aortique.

Souffle systolique à la pointe.

Le second bruit est bien frappé.

Aucun bruit anormal au foyer aortique.

Pouls : 112, régulier et fort.

Poumons : Submatité au sommet gauche.

Rien de particulier à l'auscultation.

Foie : Limite supérieure, au niveau de la 4^e côte. (3^e espace intercostal.)

Limite inférieure, à trois travers de doigt au dessous du rebord inférieur des fausses côtes.

Hauteur de l'aire de matité hépatique, sur la ligne médiane, 16 centimètres.

Hauteur de l'aire de matité hépatique sur la ligne mammaire, 21 centimètres 5.

Rate : Dimensions, 10/15 centimètres.

Urines : Densité, 1015.

Albumine, 0.

Sucre, 0.

Pigments biliaires normaux (coloration verte par l'acide azotique).

15 avril. — La malade est sortie guérie.

10 mai. — Nous revoyons la petite malade. Elle se porte bien quoiqu'un peu pâle.

7 novembre. — La malade rentre à l'hôpital.

Elle se portait relativement bien, quand huit jours avant son entrée à l'hôpital elle commença à redevenir peu à peu jaune en même temps qu'elle éprouvait une sensation de fatigue et de courbature.

A l'entrée, ni céphalée, ni vomissements.

Urines : Jaune rouge.

Densité, 1010.

Albumine, 0.

Sucre, 0.

Pigments biliaires normaux abondants.

15 novembre. — Urines : Densité, 1026.

Albumine, 0.

Sucre, réduction tardive de la liqueur de Fehling.

Pigments biliaires normaux abondants.

Examen du 27 novembre.

La face paraît maintenant légèrement bouffie.

La malade est très jaune, très pâle et très maigre, mais elle ne présente pas de myœdème.

Cœur volumineux.

Sa pointe bat dans le 4^e espèce intercostal, à 8 centimètres de la ligne médiane.

A la palpation, absence de frémissement ou frémissement à peine perceptible.

A la percussion, rien de particulier.

A l'auscultation du foyer mitral, le premier temps paraît suivi d'un léger souffle ou plutôt d'un son vibratoire analogue à celui que détermine la vibration d'une corde de basse.

A l'aorte, le premier bruit est accompagné d'un souffle systolique assez intense, tandis que le second bruit n'offre rien de particulier, car il ne présente ni renforcement, ni souffle.

Pouls : 120, régulier, bondissant.

Les battements des artères du cou sont appréciables à la vue.

Foie : La limite supérieure répond à la 4^e côte et même au 3^e espace intercostal.

Sa limite inférieure déborde les fausses côtes de trois travers de doigt et descend jusqu'à un centimètre au-dessus de l'ombilic.

A la palpation, la surface du foie paraît lisse, non bosselée et dure.

Abdomen : Il n'y a ni météorisme, ni ascite, ni circulation veineuse collatérale.

Rate : Volumineuse. Dimension : 11/17 cent., mais elle ne déborde pas le rebord costal.

Son grand axe est parallèle aux côtes et son bord supérieur longe le 7^e espace intercostal.

La peau est jaune-citron et présente des traces de grattage. Il y a un prurit intense.

Pas d'héméralopie.

Pas d'œdème des jambes.

Décoloration des matières fécales.

Constipation. (La malade ne va à la selle qu'à l'aide de lavements).

Elle se plaint d'une faiblesse telle, qu'elle peut à peine se tenir debout : « la tête me tourne », dit-elle.

Depuis vingt jours qu'elle est à l'hôpital, son ictère paraît s'accroître. Au début, la malade n'avait rien remarqué d'anormal du côté de son cœur ; mais, depuis une

vingtaine de jours, chaque fois qu'elle se lève pour aller à la selle, elle est prise d'une crise de palpitations et d'oppression de courte durée. En même temps, elle éprouve dans les deux bras des douleurs contuses, profondes qui, elles aussi, disparaissent assez rapidement. Ces douleurs ne présentent pas plus d'intensité dans le bras gauche que dans le bras droit.

Ces crises douloureuses qui n'éclatent qu'à l'occasion des mouvements, semblent avoir acquis plus d'intensité, c'est ce qui a décidé la malade à nous en parler aujourd'hui.

Elle se plaint aussi d'éprouver, à la région préhépatique, des douleurs vagues, peu intenses, surtout dans les fortes inspirations.

29 novembre. — L'état était depuis quelque temps stationnaire, quand ce soir la malade fut prise d'agitation. Elle pousse des geignements à chaque expiration et se plaint de souffrir « partout ».

Pouls : 132, fort, régulier.

Traitement : Un lavement purgatif et une injection sous-cutanée de caféine.

20 novembre. — Il y a du mieux. Hier soir, à la suite du lavement, la malade s'est calmée, elle a bien dormi cette nuit.

1^{er} décembre. — État stationnaire.

Matières fécales colorées, brunes, couleur chocolat.

Urines transparentes, jaune-rouge. Quantité supérieure à un litre.

Densité : 1012.

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Pigments biliaires normaux abondants.

3 décembre. — L'ictère et l'affaiblissement font des progrès.

Cœur : A l'auscultation, le souffle aortique devient de plus en plus râpeux.

La malade a des nausées continues.

De temps en temps, elle est prise d'un état d'agitation accompagné de geignements, mais qui disparaissent sous l'influence des lavements purgatifs.

Matières colorées brun foncé.

Traitement : 1^{re} Potion avec un gramme de caféine ; 2^e 75 centigrammes de sulfate de quinine le soir.

5 décembre : La malade vomit tout ce qu'elle prend, même sa potion de caféine ; mais les matières vomies ne renferment pas de bile.

Elle a des nausées continues et s'affaiblit de plus en plus.

L'ictère fait des progrès ; l'anémie est très accentuée.

L'état des viscères est resté à peu près stationnaire.

L'abdomen est toujours souple.

La malade se plaint d'avoir soif ; on lui donne des grogs.

8 décembre. — Ce soir la malade se plaint de douleurs dans la région hépatique.

Depuis hier elle a de l'incontinence des urines et des matières fécales.

9 décembre. — Ce matin, la malade, qui bien que très affaiblie a conservé toute sa connaissance, se plaint de la soif qu'elle éprouve. Sa langue est sèche.

Pouls : Accéléré, 140, mais assez fort.

Urines de la veille : brun foncé. Dépôt abondant d'urate de soude.

Densité, 1012.

Sucre, 0.

Albumine, 0.

Pigments biliaires normaux abondants.

L'état de la malade était resté stationnaire toute la journée et n'avait donné aucune inquiétude, quand à trois heures, voyant entrer dans la salle son petit frère, elle fit une grimace, eut quelques convulsions toniques et mourut dans l'espace d'une à deux minutes.

Lorsqu'on la vit, deux à trois minutes après la mort, on trouva tous les muscles du tronc, de la face et des membres contracturés, ce qui donnait au cadavre une raideur très prononcée.

Autopsie.

Inspection : Maigreur extrême. Peau jaune; ni œdème, ni ecchymoses.

Ouverture du thorax : Pas d'adhérences, ni de liquide dans les cavités pleurales.

Poumons : Normaux; ni congestion, ni œdème. Leur couleur est rosée. Un peu d'emphysème vers les sommets.

Cœur : Petit; arrêté en systole (vide).

Le péricarde contient environ 50 grammes d'un liquide citrin, transparent. Pas d'adhérences péricardiques.

A la surface du cœur droit, on constate une très légère surcharge adipeuse. Sa cavité est normale.

Cœur gauche presque vide, ne renfermant qu'un petit caillot fibrineux jaune.

Les valvules et le myocarde sont intacts.

Trachées et bronches : Normales. Pas de ganglions dégénérés au niveau du hile du poumon.

Corps thyroïde : Normal; de couleur rosée.

A la coupe, son aspect est granuleux.

Ouverture de l'abdomen.

A première vue, rien de très particulier.

Dans le petit bassin, un peu de sérosité trouble, rougeâtre, contenant quelques flocons fibrineux.

Ni adhérences, ni fausses membranes péritonitiques.

Estomac : Enorme, très distendu, renfermant une grande quantité de liquide.

Sa muqueuse paraît intacte, mais elle est dépourvue des plis que l'on y observe à l'état normal.

Intestins : Tout l'intestin grêle (sauf le duodénum) et tout le gros intestin sont normaux, de couleur pâle ou jaunâtre. Leur calibre est plutôt rétréci, surtout celui du gros intestin qui est vide et dont le volume ne dépasse pas celui du pouce.

Péritoine : l'épiploon est normal; mais le mésentère est surchargé de graisse et présente un aspect lardacé, surtout du côté droit de l'abdomen; il est friable. Il renferme un grand nombre de ganglions lymphatiques volumineux, de couleur pâle grisâtre.

On trouve des ganglions analogues devant la colonne vertébrale, le long de l'aorte.

Le mésocolon est encore plus friable que le mésentère.

Tumeur : Dans la moitié droite de la cavité abdominale, on trouve, faisant saillie au dessous du rebord inférieur du foie, et recouverte par le côlon ascendant, une tumeur du volume d'un poing d'adulte. En cherchant à se rendre compte de sa situation précise, voici ce que l'on constate : la tumeur est située au devant du bord interne du rein droit auquel elle n'adhère pas, et derrière le côlon ascen-

dant qui longe son côté droit, sans non plus contracter d'adhérences avec elle. de sorte que l'on peut facilement la séparer de ces deux derniers organes.

Sa forme est légèrement ovoïde, à grand diamètre vertical. C'est aux dépens de la portion verticale du duodénum qu'elle s'est développée.

Sa surface extérieure blanc jaunâtre et bosselée est recouverte de ganglions dont quelques-uns sont ramollis et puriformes.

En haut, elle commence à deux travers de doigt du pylore et s'étend sur une longueur d'environ 10 à 12 centimètres, formant une sorte de manchon cylindrique dont les parois mesurent environ un centimètre et demi d'épaisseur.

Ce manchon s'est substitué à la paroi du duodénum. Néanmoins, la cavité intestinale ne paraît pas rétrécie au point d'être rendue imperméable.

Au niveau de la tumeur, la surface interne de l'intestin est blanchâtre, mamelonnée et exclusivement constituée par celle-ci. Au niveau de chacune des extrémités supérieure et inférieure de la tumeur, un bourrelet épais marque une transition brusque entre la surface interne de cette dernière et celle de la muqueuse saine des première et deuxième portions du duodénum.

Nous répétons que cette tumeur est cylindrique et qu'elle occupe toute la paroi de l'intestin, sur une longueur de plus de 10 centimètres. Sa consistance est assez ferme et sa coupe est nette. Au niveau de sa surface interne, sa consistance est ferme et légèrement friable.

Sa coloration est blanchâtre. Après avoir déterminé le siège de la tumeur, on voulut se rendre compte de ce qu'étaient devenus les canaux cholédoque et pancréatique,

qui débouchent, à ce niveau même, dans l'intestin. En partant du hile du foie, on trouva le canal cholédoque dilaté et ses parois épaissies. Ses dimensions étaient celles d'un index d'adulte. On l'incisa et, à travers cette incision, on glissa une sonde cannelée, la dirigeant vers l'aboutement intestinal. On vit alors que cette sonde faisait issue dans la cavité intestinale, sans aucun effort et sans la moindre déchirure. On incisa la tumeur sur cette sonde et on trouva que le canal cholédoque épaissi s'engageait dans l'épaisseur de la tumeur, sans qu'il s'ensuivit aucun rétrécissement de son calibre qui restait le même jusqu'à l'embouchure du canal dans l'ampoule de Vater. La muqueuse du canal était colorée en brun par la bile, dans toute son étendue.

L'embouchure du canal dans l'ampoule de Vater, présentait seule un rétrécissement, dont l'orifice était situé au sommet de l'une des bosselures dont la surface intestinale de la tumeur est hérissée (bosselures qui sont très peu saillantes.)

Ce fut en vain que l'on chercha, sur cette surface, l'orifice du canal pancréatique et pour le découvrir, on fut obligé de sectionner le pancréas transversalement dans sa portion moyenne.

On trouva alors, au centre de la surface de section, un canal dont la lumière, du diamètre d'un crayon, laissait écouler un mucus limpide; une sonde cannelée y fut introduite, puis poussée vers l'intestin. Celle-ci pénétra sans difficulté dans le canal, mais s'arrêta, une fois arrivée au niveau de l'ampoule de Vater.

Le pancréas fut incisé sur la sonde, on découvrit alors que son canal était dilaté, non d'une façon uniforme, comme le cholédoque, mais de façon à revêtir un aspect

moniliforme, c'est-à-dire celui d'un cylindre irrégulier, présentant, sur son trajet, des dilatations ampullaires. Du côté de l'intestin, la sonde pénétrait dans une sorte de cul-de-sac, auquel il n'a pas été possible de découvrir un orifice le mettant en communication avec la cavité intestinale.

Foie. — Le foie pèse 1260 grammes. Il est volumineux, à surface lisse. Sa face supérieure est jaune-verdâtre ; sa face inférieure jaunâtre. Sa consistance est molle, pâteuse et permet de le plier. Il est, de plus, très friable. Sa surface de section présente la même coloration jaune-verdâtre, un peu granitée par suite de la présence de petits points plus pigmentés, que sa face supérieure. On remarque, sur cette surface de section, la coupe des conduits biliaires dilatés, dont les parois semblent épaissies.

La veine porte passe à côté de la tumeur ; elle n'est ni comprimée, ni oblitérée. Il en est de même de l'artère hépatique.

Au niveau du hile du foie, on trouve quelques ganglions volumineux, mous, grisâtres, ne présentant aucune adhérence avec les organes du hile et n'exerçant sur ceux-ci aucune compression.

La vésicule est très distendue, elle communique avec le cholédoque, car si on la comprime, on voit la bile refluer dans le cholédoque. Ses parois sont épaissies comme celles du cholédoque et de tous les conduits intra et extra-hépatiques. Elle renferme cependant une bile très claire, représentée par un liquide fluide, presque transparent, légèrement brun, semblant tenir en suspension des grumeaux brun-verdâtre.

Rate. — Poids : 160 grammes.

Elle est volumineuse, à surface lisse. Sa couleur est lie-de-vin avec marbrures plus foncées.

A la coupe, même aspect; pas d'infarctus, mais des parties plus congestionnées que d'autres.

Les corpuscules de Malpighi sont peu apparents.

Pancréas : Au premier abord, il paraît normal; mais on remarque bientôt que sa substance est ferme, très ferme, même. Il est scléreux (Nous avons vu plus haut que son canal excréteur était oblitéré).

Bien que sa tête fût confondue avec la tumeur duodénale, nous avons cependant cru pouvoir constater que, à ce niveau, le pancréas s'était plus ou moins complètement atrophié.

En effet, tandis qu'au niveau de sa queue et même de sa partie moyenne, ses dimensions sont à peu près normales, à mesure que l'on se rapproche de sa tête, il s'amincit, en même temps que son canal se dilate et le parenchyme qui l'entoure se réduit à une mince coque conjonctive.

L'artère et les veines spléniques sont intactes.

Capsules surrénales :

Normales.

Reins : Le rein droit pèse 93 grammes, le rein gauche 85 grammes.

A droite, l'urètre et le bassinet sont dilatés probablement par suite de l'accumulation de l'urine en amont d'un point au niveau duquel le trajet de l'urètre se trouvait comprimé par la tumeur sus-jacente.

Le parenchyme rénal paraît plus ferme de ce côté qu'à gauche.

La surface des deux reins est lisse; leur décortication facile.

Leur coupe ne montre rien d'anormal, à part une pigmentation jaunâtre de la substance corticale.

Ovaires : Petits.

Trompes : Petites.

Utérus : Très petit.

Vessie : Remplie d'une urine transparente, d'un rouge jaunâtre.

Ouverture du crâne.

Rien de particulier.

La substance cérébrale est normale ainsi que les méninges.

Les vaisseaux sont normaux.

Examen microscopique.

Sur une coupe pratiquée au niveau de la partie moyenne de la tumeur on constate que celle-ci est formée uniquement de petites cellules à noyau rond et dont le protoplasma peu abondant se distingue difficilement, même à un fort grossissement. Les noyaux prennent fortement la matière colorante, à la façon des noyaux des cellules conjonctives jeunes.

Entre les cellules, on distingue, à un fort grossissement un réticulum conjonctif peu serré, constitué par de fines fibrilles colorées en rose. Par places, surtout vers la surface interne de la paroi intestinale (car la tumeur est située tout entière en dedans de la tunique musculaire de l'intestin), ce réticulum devient un peu plus épais et plus serré.

On trouve aussi, par places, des coupes de capillaires

sanguins, assez espacés, et aussi des veinules dont la lumière est, pour ainsi dire, bourrée [de cellules (les noyaux de ces cellules sont plus petits que ceux des cellules de la tumeur. Ils paraissent fragmentés et irréguliers. Leur protoplasma est plus abondant et granuleux, de sorte que ces amas ressemblent plutôt à des amas leucocytaires en voie de dégénérescence, qu'à des bourgeons néoplasiques).

— Une coupe pratiquée à la limite de la tumeur et comprenant, à la fois, la périphérie de celle-ci et une portion d'intestin saine, présente un aspect particulier, différent de celui que nous venons de rencontrer au niveau de la portion moyenne de la tumeur.

Vue à un faible grossissement, la tumeur est constituée par un amas de petites cellules rondes, au milieu de la masse formée par ces cellules, et surtout au voisinage de la portion saine de l'intestin, on rencontre disséminés dans la masse néoplasique, des tubes glandulaires. Ces tubes sont, en général, réunis par groupes de trois ou quatre, sauf en certains points, surtout à la périphérie de la tumeur où les tubes, qui constituent chaque groupe, sont plus nombreux (15 ou 20).

Ces groupes sont séparés les uns des autres par une grande quantité de petites cellules rondes, tandis qu'entre les tubes d'un même groupe, on n'en rencontre que relativement peu.

Les tubes glandulaires sont réguliers. Leur lumière est circulaire. Ils sont tapissés par une seule rangée de cellules cylindriques. Mais, le protoplasma de ces cellules est dans la plupart des tubes, rempli de nombreuses vacuoles qui lui donnent un aspect spongieux.

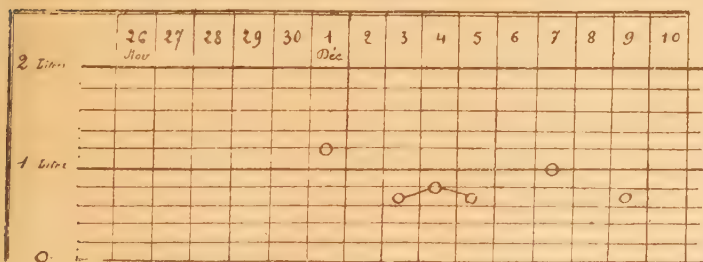
En somme, il s'agit de glandes de Lieberkühn ayant fa

partie de la paroi du duodénum et qui, actuellement se trouvent écartées les unes des autres par l'énorme développement qu'a pris le tissu conjonctif interstitiel. A mesure que l'on s'éloigne de la périphérie de la tumeur, les tubes deviennent de plus en plus rares et de plus en plus petits. Ils sont isolés les uns des autres par le tissu interstitiel, proliféré, qui les comprime et les atrophie, de sorte que, à une petite distance de là seulement, ils deviennent déjà méconnaissables.

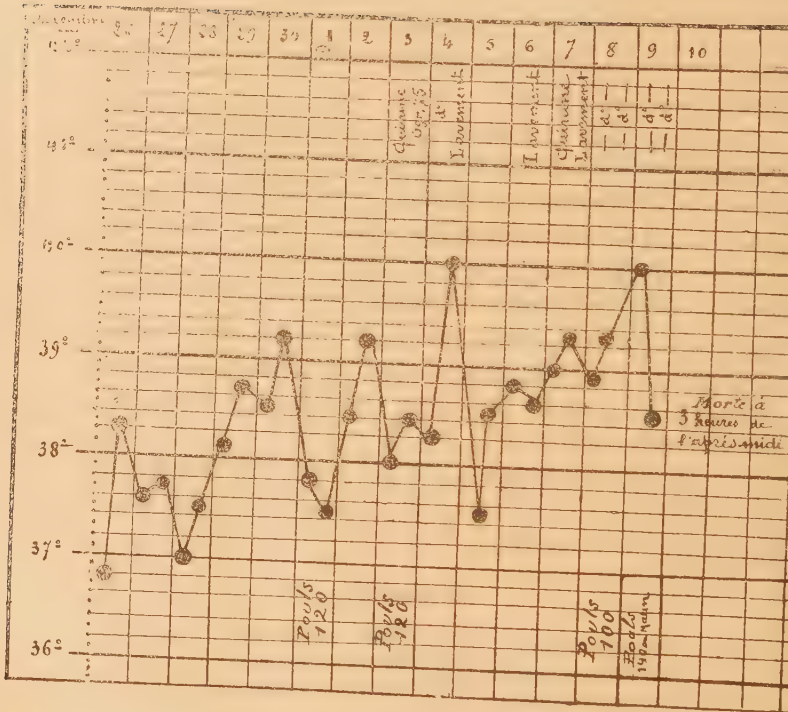
Un examen peu attentif pourrait faire croire qu'il s'agit d'un épithéliome ; mais, le fait que la partie centrale de la tumeur est uniquement constituée par des cellules conjonctives rondes et aussi le fait que les ganglions lymphatiques envahis par la néoplasie, présentent un aspect identique à celui de la portion centrale de la tumeur (car ils sont constitués uniquement par de petites cellules rondes), permettent de conclure qu'il s'agit d'un fibrome embryonnaire (sarcome), dont le point de départ serait le tissu conjonctif interglandulaire du duodénum.

La néoplasie a envahi toute la muqueuse de l'intestin et s'est développée en dedans de la tunique musculaire qui est, en général, respectée.

Urines.



Température.



DISCUSSION

A l'arrivée de la malade, le 16 février 1896, la première pensée qui se présenta à notre esprit fut que nous pouvions avoir affaire soit à une hépatite épithéliale apyrétique (ictère catarrhal), soit (vu le séjour prolongé de la malade dans une contrée marécageuse) à une cirrhose impaludique. Malgré l'absence, dans les commémoratifs, des symptômes signalés comme constants dans la phase préictérique de l'hépatite épithéliale par M. Lancereaux (céphalée frontale ou temporaire, insomnie, malaise, courbature; sensation de barre épigastrique, perte de l'appétit, état saburral de la langue, nausées et quelquefois vomissements, constipation opiniâtre (1), malgré l'état d'amaigrissement de notre malade, susceptible d'éveiller le soupçon d'une autre affection que l'hépatite épithéliale dans laquelle « la nutrition est peu altérée » (2), la date relativement récente de l'ictère, dont le début ne remontait pas à plus d'un mois, bien qu'il fût déjà très foncé, parut incompatible avec la seconde hypothèse.

(1) *Journal de médecine interne*, 1^{er} janvier 1898, p. 52.

(2) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 1^{er} janvier 1898; p. 52.

On sait, en effet, que « la seconde phase ou période d'état de la cirrhose impaludique se distingue par un ictère particulier remarquable par sa faible intensité et par sa longue durée » (1).

La teinte grisâtre des matières fécales, la présence de pigment biliaire normal dans les urines, l'apyrexie absolue (sauf l'accès fébrile passager du 9 mars), l'augmentation de volume du foie qui débordait le rebord costal sans remonter au dessus du mamelon, l'hypermégalie concomitante de la rate formaient un tableau assez semblable à celui que trace M. Lancereaux de l'hépatite épithéliale apyrétique (2).

L'apparition du souffle systolique de la pointe acheva de nous donner l'illusion, car dans la dernière affection dont nous venons de parler, « on entend souvent au cœur des souffles doux comme dans les anémies » (3).

Enfin, la rapidité avec laquelle la malade sembla s'améliorer sous l'influence du traitement, au point qu'elle fut en état de sortir le 15 avril, c'est-à-dire environ deux mois après son entrée à l'hôpital, n'ayant plus ni ictère, ni augmentation de volume appréciable du foie et de la rate, nous parut d'autant plus confirmer notre premier diagnostic, que dans l'hépatite

(1) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 15 avril 1898, p. 127.

(2) *Médecine interne*, 1^{er} janvier 1898.

(3) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 1^{er} janvier 1898, p. 52.

épithéliale apyrétique, « la guérison est certaine » (1).

Peut-être, cependant, la durée totale de l'affection qui, en tenant compte des commémoratifs, aurait été d'environ trois mois, à dater de l'apparition de l'ictère, eût-elle dû nous engager à plus de réserve, étant donné que la durée maxima de la phase ictérique de l'hépatite épithéliale, dans les cas signalés par M. Lancereaux (2), ne dépasse pas 35 à 40 jours. Il nous était également impossible d'expliquer pourquoi le pouls, « toujours ralenti dans l'hépatite épithéliale apyrétique (3) s'était constamment montré accéléré chez notre malade.

Lorsque cette dernière reparut dans notre service, le 7 novembre, en présence de la gravité des phénomènes qu'elle présentait, il n'était plus possible de maintenir le diagnostic porté antérieurement. Force nous fut donc de passer successivement en revue toutes les affections qui, en dehors de l'hépatite épithéliale apyrétique, sont susceptibles de s'accompagner d'ictère avec augmentation de volume concomitante du foie et de la rate.

Il nous parut peu vraisemblable de songer à une cirrhose œnolique au début, le foie ne remontant pas au dessus du mamelon, conformément à la remarque formulée par M. Lancereaux (4), et les autres signes d'œnolisme faisant d'ailleurs absolument défaut.

(1) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 1^{er} janvier 1898, p. 53.

(2) *Journal de médecine interne*, 1^{er} janvier 1898, p. 53.

(3) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 1^{er} janvier 1898,

(4) *Journal de médecine interne*, 1^{er} janvier 1892.

L'hypothèse d'un kyste hydatique alvéolaire, un instant envisagée, fut à son tour promptement rejetée. Dans cette dernière affection, en effet, « généralement, le foie paraît augmenté de volume et sa consistance est homogène et normale quand la tumeur siège à la partie postérieure du lobe droit », « la rate est presque toujours augmentée de volume » (1) ; mais, il convient de rappeler que, contrairement à ce qui s'est passé dans notre cas, l'ictère, une fois établi, « s'accroît bientôt pour ne plus disparaître » (2).

L'hypothèse déjà émise autrefois d'une cirrhose impaludique fut seule sérieusement discutée et définitivement acceptée. Mais bien que cette dernière eût fini par réunir tous les suffrages, comme étant la moins invraisemblable, nous devons reconnaître, en jetant sur elle un coup d'œil rétrospectif, qu'elle n'était pas absolument satisfaisante.

Sans parler du caractère de la fièvre qui n'avait jamais revêtu nettement la forme des accès intermittents du paludisme, nous avons, en effet, quelque raison de nous étonner de la facilité avec laquelle l'ictère avait, une première fois, complètement disparu sous l'influence du traitement, puisque nous savons que « l'ictère de la cirrhose impaludique se fait remarquer par une durée de plusieurs années, à moins qu'une complication ne vienne trancher tout à coup les jours du malade (3). La recoloration des matières

(1) CROCQ. — *Progrès médical*, 16 septembre 1893.

(2) CROCQ. — *Loco citato*.

(3) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 15 avril 1898, p. 125.

dans les jours qui ont précédé la terminaison fatale se trouve aussi en contradiction avec ce fait, que « c'est surtout dans les dernières périodes de la cirrhose impaludique, lorsqu'à celle-ci s'ajoutent des altérations du parenchyme hépatique, prélude de son insuffisance, que les fèces deviennent pâteuses, se décolorent et prennent une teinte grisâtre ou café au lait (1) ».

Quant à la phase ultime de la cirrhose impaludique, « elle est caractérisée par des hémorragies répétées, par des complications diverses, et en dernier lieu par un délire tranquille, sinon par un délire d'action, tous phénomènes indicateurs d'une insuffisance fonctionnelle du foie, et qui trop souvent se terminent au bout de quelques jours par la mort dans l'hypothermie (2) », tandis que notre malade a succombé au milieu d'une crise convulsive, présentant à ce moment de l'hyperthermie et sans avoir jamais eu d'hémorragies. L'idée d'un néoplasme des voies biliaires ou d'un organe du voisinage ne se présente même pas à notre esprit, vu que nous n'avions connaissance d'aucun exemple d'une lésion de ce genre concernant un enfant.

Nous ne croyons cependant pas qu'il soit dépourvu d'intérêt de faire remarquer que la connaissance de certains faits de cancer de l'ampoule de Vater observés chez l'adulte auraient pu, en raison des particularités cliniques qui les rapprochent du cas ci-dessus exposé, nous faire concevoir des présomptions quant à la véritable nature de celui-ci.

(1) LANCEREAUX. — *Journal de médecine interne*, 15 avril 1898.

(2) LANCEREAUX. — *Loco citato*.

L'un des plus frappants est celui de Rendu (1), au cours duquel l'ictère disparut à trois reprises différentes sans provoquer d'autres symptômes que ceux d'une rétention biliaire passagère.

Busson (2) rapporte un cas d'épithélioma de l'ampoule de Vater dans lequel un ictère, qui s'était accompagné d'hypermégalie hépatique, avait disparu deux fois de la façon la plus complète avant de s'installer à l'état définitif (*Obs. II*). A l'occasion de la communication de M. Rendu, le regretté M. Hanot crut même devoir attirer l'attention sur ce point que « cette intermittence remarquable de l'ictère ne s'observe aussi nettement dans aucune autre affection hépatique. »

Rappelons maintenant que, dans le cas de Rendu, il n'est pas signalé d'augmentation de volume appréciable de la vésicule biliaire, que dans l'observation III de la thèse de Busson, de même que dans celle publiée naguère par M. Durand-Fardel (3) on trouve notée l'hypermégalie concomitante du foie et de la rate, malgré l'absence de métastase dans aucun de ces deux organes ; appelons, en outre, l'attention sur ce fait que dans l'observation VII de la thèse de Busson il y eût en même temps que de la constipation, des phénomènes urémiques ayant consisté en convulsions d'une durée d'un quart d'heure à une demi-heure, malgré l'absence de toute métastase rénale, et en nous appuyant

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1^{er} mai 1896.

(2) Thèse de Paris, 1896.

(3) *Presse médicale*, 17 juin 1896.

sur les données précédentes, nous serons obligés de conclure qu'il eût été logique de considérer comme vraisemblable l'hypothèse de la coexistence d'un néoplasme de l'ampoule de Vater, avec le tableau symptomatique observé chez notre malade. Vu l'existence de l'hypermégalie splénique et l'absence d'augmentation de volume appréciable de la vésicule biliaire, nous n'avons même pas envisagé chez ce dernier la possibilité d'une obstruction des voies biliaires soit par un calcul, soit par des ascarides dont la pénétration dans les voies biliaires « peut être suivie d'accidents analogues à ceux de la lithiase biliaire (1) ».

Cependant, il est probable, si l'on en juge par analogie avec ce qui se passe dans certains cas d'épithélioma de l'ampoule de Vater, que le fibrome embryonnaire de la seconde portion du duodénum est susceptible de se présenter avec une augmentation de volume évidente de la vésicule biliaire et sans hypermégalie splénique. En de pareilles circonstances, il serait alors du devoir du clinicien de chercher s'il s'agit d'une obstruction biliaire par néoplasme ou d'une obstruction par l'une des causes précédemment mentionnées.

La distinction pourra être parfois très difficile, si nous réfléchissons que « l'oblitération du cholédoque, comme celle du canal cystique, n'est pas toujours précédée, il s'en faut, de colique hépatique » et que « l'oblitération peut se faire silencieusement, sans

(1) BOULLOCHE. — *Manuel de DEBOVE et ACHARD*, t. V, p. 531.

douleurs (1). » Il ne sera peut-être pas inutile alors de nous rappeler que, dans l'oblitération du cholédoque par calcul, sans le syndrome de la colique hépatique, l'ictère est permanent et que c'est seulement dans la dernière phase que « l'ictère diminue et pâlit par suite de l'acholie ultime (2) ». Enfin, peut-être l'apparition tardive de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire signalée par Dupré (*loco citato*) parmi les symptômes d'insuffisance hépatique de l'oblitération calculeuse chronique pourrait-elle être interprétée contre l'hypothèse d'un néoplasme des voies biliaires, bien que dans notre observation on ait observé, d'une façon tout à fait passagère, il est vrai, un très léger degré de réduction de la liqueur de Fehling.

(1) DIEULAFOY. — *Manuel de pathologie interne*, t. III, p. 618.

(2) DUPRÉ. — *In Manuel de DEBOVE et ACHARD*, t. VI, p. 407 et 408.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous exposerons d'abord la symptomatologie du fibrome embryonnaire de l'intestin, en général, laissant de côté les signes qui nous ont paru spéciaux au fibrome embryonnaire de la deuxième portion du duodénum, nous réservant de donner ensuite un court aperçu de ces derniers dans un chapitre spécial.

SYMPTOMES ET COMPLICATIONS

DU FIBROME EMBRYONNAIRE DE L'INTESTIN

EN GÉNÉRAL

DOULEURS

Généralement, ce sont elles qui ouvrent la scène. Elles envahissent le plus souvent la totalité ou la presque totalité de l'abdomen ; plus rarement, elles se localisent, au moins au début, à l'une de ses parties (région sous-ombilicale, fosse iliaque). Presque toujours, la douleur est continue et paroxystique.

Dans l'intervalle des paroxysmes, elle consiste soit en une simple sensation de pesanteur, soit en une douleur sourde, d'abord provoquée par la pression, puis spontanée, mais exaspérée par la palpation et les mouvements des membres inférieurs. (Dans un cas, celui de Spanton, elle obligeait le malade à trainer l'un des côtés pendant la marche).

Pendant les crises, elle peut revêtir un caractère lancinant. Ces dernières éclatent de préférence à la suite des repas, mais elles se montrent aussi en dehors

de toute cause provocatrice appréciable. Elles sont assez violentes pour obliger la plupart du temps le malade à garder le lit pour entraver le sommeil et quelquefois même pour arracher des gémissements. Ces crises peuvent se répéter trois ou quatre fois par jour ou même davantage.

Dans certains cas (lorsque la tumeur s'étend jusque dans le bassin ou lorsqu'elle occupe l'un des flancs), on peut observer isolément ou concurremment avec les douleurs abdominales des douleurs névralgiques dorsales ou lombaires susceptibles de s'irradier jusque dans les membres inférieurs. Ces dernières s'exaspèrent la nuit dans le décubitus horizontal au point de rendre parfois celui-ci impossible.

Dans un cas, nous trouvons aussi mentionnée l'existence de douleurs épigastriques et précordiales.

TUMÉFACTION DE L'ABDOMEN

La tuméfaction de l'abdomen suit de près les premières douleurs, parfois même douleurs et tuméfaction de l'abdomen sont contemporaines dans leur apparition.

Cette dernière suit toujours une marche essentiellement progressive et finit généralement par acquérir des dimensions énormes (jusqu'à 95 centimètres de circonférence maxima chez un enfant de 5 ans — cas de Pépin), « faisant un contraste frappant avec l'ha-

bitus du reste du corps, avec la physionomie maigre et effilée du malade, avec ses côtes saillantes et ses extrémités grêles. » (Bessel-Hagen).

La cicatrice ombilicale est alors déplissée, parfois même saillante, au point qu'elle paraît surélevée ; les parois abdominales peuvent devenir tendues et luisantes et le tympanisme acquiert parfois un tel degré d'intensité qu'il peut aller jusqu'à masquer l'aire de matité de la tumeur (*Obs.* VI).

Cette tuméfaction de l'abdomen est, en général, à peu près uniforme ; quelquefois cependant elle est manifestement irrégulière, la tumeur pouvant trahir sa présence par une ou plusieurs voussures secondaires nettement appréciables à la vue. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement que le gonflement peut rester limité à l'une des parties de l'abdomen telle que la région inguinale. (Cas de Spanton).

PHÉNOMÈNES DE COMPRESSION

Ceux-ci sont de deux ordres : la circulation veineuse complémentaire et les œdèmes.

La première se traduit par la dilatation soit généralisée, soit localisée seulement au pourtour de l'ombilic des veines sous-cutanées abdominales à laquelle peuvent participer celles de la partie antérieure du thorax.

L'œdème s'observe à peu près dans la moitié des cas. Son époque d'apparition et sa durée sont variables.

Généralement limité aux membres inférieurs, il peut cependant envahir aussi le scrotum, le prépuce, l'abdomen et même l'une des moitiés de la région lombaire, comme le démontre l'exemple fourni par notre observation I, que nous empruntons à la thèse de Debrunner. L'examen de l'abdomen ne révèle jamais, ou presque jamais, l'existence d'une ascite appréciable.

TUMEUR

Le plus souvent, la palpation seule est capable d'en révéler l'existence.

Les régions qu'elle occupait, dans les cas que nous avons pu recueillir sont les suivantes : région sous-ombilicale, partie inférieure du mésogastre et supérieure de l'hypogastre, fosse iliaque droite, fosse iliaque gauche, flanc gauche, hypocondre gauche, moitié droite de l'abdomen.

Il nous semble, par conséquent, logique d'admettre qu'on peut la rencontrer à peu près indistinctement dans une ou plusieurs des différentes régions de l'abdomen auxquelles correspondent les anses intestinales.

Dans trois cas seulement, elle se prolongeait ou semblait se prolonger par son extrémité inférieure jusque dans le petit bassin. On l'a vue parfois se prolonger jusque dans la région lombaire. Dans un seul cas, son extrémité supérieure disparaissait sous les fausses côtes. (*Obs. II.*)

Enfin, nous avons constaté que la masse principale de la tumeur envoyait assez souvent des ramifications dans les régions voisines (notamment dans le mésentère). Le plus souvent, cette dernière est simple ; quelquefois, cependant, elle est lobulée au point de donner l'impression de tumeurs multiples dans l'intervalle desquelles on peut en sentir profondément d'autres plus petites, lisses et fuyant sous le doigt, qui sont des ganglions lymphatiques.

La surface de la tumeur est, dans la majeure partie de son étendue, assez unie, sauf en quelques points qui peuvent présenter des irrégularités. Elle présente le plus souvent, à la palpation, une consistance ferme à peu près uniforme ; quelquefois une consistance inégale, ferme en certains points, plus souple en d'autres, exceptionnellement une consistance entièrement molle comme dans l'observation de Spanton.

La percussion pratiquée à la surface de la tumeur intestinale (abstraction faite de celle des ramifications qu'elle peut envoyer dans l'épaisseur du mésentère), donne partout une matité nettement appréciable.

La mobilité soit spontanée, soit provoquée, est loin

d'être constante (puisque nous ne l'avons constatée que dans la moitié des cas).

Dans un quart des cas, la tumeur suivait manifestement les mouvements du diaphragme. Sa mobilité dans le sens transversal ne s'observe pas plus fréquemment que la précédente et, parfois même, elle est très peu appréciable. Quant aux mouvements de rotation qu'on peut lui imprimer autour d'un axe sagittal (cas de Bessel-Hagen), ils sont tout à fait exceptionnels.

La tumeur intestinale peut encore jouir d'un genre de mobilité tout particulier, qui bien que nous ne l'ayons trouvé noté que dans un seul cas, n'en mérite pas moins d'être signalé en raison de l'importance qu'il présente au point de vue du diagnostic. Nous voulons parler de la participation de la tumeur aux mouvements péristaltiques exagérés et devenus visibles à travers les parois abdominales. Dans le cas où cette particularité existe, la tumeur fait en quelque sorte saillie avec la masse intestinale, hors de la cavité abdominale pendant la durée des contractions, tandis qu'elle rentre au point de disparaître presque complètement dans leur intervalle.

Forme. — Telle qu'elle est perçue à la palpation, sa forme est assez irrégulière par suite des ramifications que la masse principale peut présenter et des adhérences qu'elle peut contracter avec les anses intestinales voisines.

Volume. — Quelquefois très petite au début, quand elle est perçue de bonne heure (volume d'une noix à celui d'une mandarine), elle se développe avec une extrême rapidité au point d'acquérir en peu de temps jusqu'au volume d'une noix de coco ou même davantage.

CRÉPITATION

Ce phénomène signalé seulement au cours de notre première observation, où il était provoqué par la pression exercée de bas en haut sur la tumeur et par les mouvements respiratoires, correspondait à un point de cette dernière qui était le siège d'une adhérence péritonéale.

TOUCHER RECTAL

Dans un tiers des cas environ, le toucher rectal peut faire reconnaître, à travers la paroi du rectum, des masses en général complètement immobilisées contre

les parois du bassin et de même consistance que la tumeur abdominale. Les unes, à limite supérieure inaccessible peuvent représenter l'extrémité inférieure de cette dernière, tandis que les autres, à limites se laissant nettement circonscrire dans tous les sens, ne sont que des tumeurs secondaires.

ÉTAT DU FOIE

Le foie, quand la lésion intestinale a son siège au dessous de la deuxième portion du duodénum, est presque toujours normal. Dans un cas, cependant (celui de James Duncan), il débordait nettement le rebord inférieur des fausses côtes.

ORGANES THORACIQUES

Cœur. — La palpation ne fait généralement découvrir rien de spécial ; exceptionnellement, elle peut faire percevoir soit un frémissement précordial, soit des pulsations énergiques au niveau du deuxième espace intercostal gauche, soit un changement de position de la pointe du cœur qui bat plus haut que d'habitude, celui-ci se trouvant refoulé vers la partie supérieure du thorax. (Obs. de Descroizilles.) En règle générale,

l'aire de matité cardiaque ne révèle aucune augmentation de volume de l'organe (bien que dans notre observation X la percussion ait paru, à un moment donné, dénoter l'existence d'un certain degré de dilatation et que dans notre observation IV l'autopsie ait révélé une dilatation du cœur droit.

Une seule fois (*Obs.* II), on trouve mentionné un renforcement du second bruit pulmonaire contrastant avec la diminution d'intensité de tous les autres bruits.

L'auscultation ne fait percevoir aucun souffle (abstraction faite du cas qui a fait l'objet de notre observation personnelle où l'intensité du souffle anémique pouvait être mise sur le compte de l'ictère).

Organes respiratoires. — L'examen des organes respiratoires dénote, dans un petit nombre de cas, soit l'existence d'une pleurésie qui peut être bilatérale et donner à la ponction un liquide séreux, trouble, brunâtre, chargé de flocons, se reproduisant presque immédiatement après la ponction (cas de James Duncan), soit simplement le refoulement plus ou moins complet d'un seul poumon ou des deux poumons, vers le sommet, et parfois même contre les parois postérieure et latérale du thorax. (*Obs.* III, VI et IX.)

Dyspnée. — Elle est assez fréquente et caractérisée par une accélération parfois extrême des mouvements respiratoires.

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Troubles de la défécation. — Ils sont constants. Leur évolution présente généralement deux phases successives :

1° Une phase de début, marquée soit par une constipation qui n'est jamais absolue, soit par des alternatives de diarrhée et de constipation ; 2° une phase terminale marquée soit par une diarrhée simple dont les selles, atteignant parfois le nombre de 8 à 12 par jour, peuvent exhaler une odeur infecte et renfermer, en même temps que des lambeaux de muqueuse, des globules de pus et des globules sanguins reconnaissables à l'examen microscopique, soit, plus rarement, par une dysenterie violente avec adynamie, coliques, ténésme et évacuations de matières mucilagineuses, d'odeur désagréable, marquées quelquefois de stries d'un sang clair.

Exceptionnellement, les troubles de la défécation se manifestent exclusivement par de la diarrhée, jamais seulement par de la constipation (si nous faisons abstraction du cas de Karl Stern concernant un nouveau-né chez lequel la constipation la plus absolue a

persisté sans interruption pendant toute la durée de l'affection qui n'excéda pas, du reste, 17 jours.

Quand le néoplasme siège sur le gros intestin, l'évacuation de matières rubanées et lisses, au cours de la période de début, semble constituer un signe important au point de vue de la localisation de la tumeur.

Vomissements. — Bien que moins constants que les troubles de la défécation, ils se rencontrent dans un peu plus de la moitié des cas.

Ils sont, en général, alimentaires, plus rarement bilieux. Dans le cas de Karl Stern, les matières vomies étaient des masses de méconium colorées en vert par de la bile.

L'hématémèse est tout à fait exceptionnelle.

Sensation de stase épigastrique. — Pour compléter l'étude des troubles gastro-intestinaux, mentionnons l'existence de la sensation subjective de stase épigastrique, qui chez le malade de Bessel-Hagen se manifestait à la suite des repas au milieu d'une crise douloureuse qui ne cédaît que lorsque des bruits de gargouillement étaient venus annoncer que les aliments avaient réussi à franchir l'obstacle qui s'opposait à leur progression.

Perte de l'appétit. — La perte de l'appétit ne se manifeste, en général, que plusieurs semaines après l'apparition des premiers accidents; dans deux cas

même (*Obs.* III et VIII), nous pouvons constater qu'elle ne s'est montrée qu'à titre de symptôme tardif. Elle ne s'accompagne qu'exceptionnellement d'état saburral, mais elle peut coexister avec une soif inextinguible.

Troubles de la miction. — On peut observer, bien que rarement, de la pollakiurie, parfois marquée de tentatives de miction infructueuses (*Obs.* VI).

Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel que la miction est douloureuse. La présence de globules de pus dans l'urine, en quantité parfois suffisante pour lui donner un aspect trouble, est signalée dans un tiers des cas environ. C'est avec le même degré de fréquence que s'observe l'albuminurie. Celle-ci n'atteint jamais un chiffre élevé.

Il est rare que l'examen microscopique fasse découvrir, à côté des globules de pus, des globules sanguins. Enfin, l'urine peut renfermer du mucus.

Adénopathies superficielles. — Elles sont caractérisées par de petits ganglions d'une consistance ferme, uniforme, indolents, mobiles, ne dépassant pas le volume d'un haricot.

Elles n'occupent, en général, qu'une ou deux régions. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se généralisent.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX

Amaigrissement. — L'amaigrissement est constant. Tantôt il suit de très près l'apparition des premiers phénomènes morbides, tantôt il ne se montre qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle-ci.

Il va ensuite en s'accroissant sans interruption, pour conduire rapidement à un état d'émaciation qui forme le contraste le plus frappant avec le volume énorme de l'abdomen.

Anémie. — La date d'apparition est, en général, assez précoce. Elle ne se manifeste le plus souvent que par la pâleur du visage ainsi que par l'aspect exsangue des lèvres et des conjonctives. Dans un cas, cependant (*Obs. I.*) nous avons noté l'existence de symptômes analogues à ceux engendrés par les troubles circulatoires de la chlorose : pulsations et bruissement des jugulaires, frémissement précordial ; quant à l'existence de souffles cardiaques anémiques, elle semble, autant que nous en pouvons juger, l'apanage des cas où le néoplasme ayant pour siège l'ampoule de Vater, se complique d'ictère, et bien qu'il ne soit vraisemblable-

blement pas impossible de les observer dans les autres cas, nous ne voyons ces souffles signalés dans aucune des observations que nous avons empruntées à la littérature médicale.

Dans deux observations (*Obs. III, Obs. IX*) on a pu constater une légère augmentation du nombre des leucocytes. Il est tout à fait exceptionnel que le visage revête un teint terreux ou jaunâtre, et jamais on n'observe d'ictère véritable (en dehors des cas où le fibrome embryonnaire aurait envahi soit primitivement soit secondairement l'ampoule de Vater, entraînant ainsi un ictère par rétention).

Perte des forces. — Elle suit une marche parallèle à celle des autres symptômes généraux et conduit rapidement à la prostration la plus complète.

TEMPÉRATURE

La fièvre, quand elle se manifeste, ne persiste presque jamais au delà de quelques jours et n'apparaît, en général, qu'à une époque éloignée du début de l'affection. Elle n'affecte le plus souvent aucun type régulier. Dans un seul cas (*Obs. II*), elle s'est maintenue assez longtemps avec de très faibles exacerba-

tions vespérales pour en imposer en faveur d'une péritonite tuberculeuse.

Une fois, on l'a vue s'accompagner de céphalalgie.

ÉTAT DU POULS

Dans toutes les observations où son état a été relevé régulièrement, le pouls s'est presque constamment montré accéléré.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON

Conformément à ce que nous avons dit plus haut, l'entrée en scène est presque toujours annoncée par les douleurs. Presque en même temps, on s'aperçoit que le ventre augmente graduellement de volume, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales se dessine, puis apparaissent des alternatives de constipation et de diarrhée, enfin l'amaigrissement et la pâleur commencent à s'accuser. C'est alors que l'enfant est conduit à l'hôpital et que l'exploration de l'abdomen permet de découvrir la tumeur. Cette dernière ne cesse de s'accroître avec une extrême rapidité, les paroxysmes douloureux se répètent, condamnant le malade à un repos absolu, la diarrhée devient permanente, l'appétit qui jusque-là pouvait être encore assez satisfaisant, ne tarde pas à se perdre complètement, les forces déclinent de jour en jour, l'amaigrissement et l'anémie deviennent extrêmes en même temps que l'abdomen finit par acquérir un volume extraordinaire. Enfin, éclatent des symptômes de périto-

nite : facies grippé, ventre tendu, tympanique, pouls filiforme, très fréquent, langue sèche et dure ou, plus rarement des symptômes ressemblant à ceux d'une méningite : physionomie grimaçante et triste, photophobie, attitude en chien de fusil et c'est au milieu de ce cortège que le petit malade va trouver le repos.

Une seule fois, la terminaison fatale a été annoncée par une hématomèse.

PRONOSTIC

Dans l'immense majorité des cas, c'est deux mois environ, après le début apparent de l'affection que la mort vient mettre un terme aux souffrances du malade. Dans deux cas seulement, elle s'est fait attendre plus longtemps (jusqu'à quatre mois et même dix mois environ chez notre malade.)

Enfin, dans le seul cas de fibrôme embryonnaire congénital de l'intestin que nous ayons pu recueillir, l'existence ne s'est pas prolongée au delà de dix sept jours.

FIBROME EMBRYONNAIRE

DE LA 2^e PORTION DU DUODÉNUM

Bien que nous ne possédions qu'une seule observation de fibrome embryonnaire de la 2^e portion du duodénum, les analogies que celle-ci présente avec certains cas d'épithélioma affectant la même localisation et que nous avons fait ressortir plus haut, peuvent nous permettre d'esquisser, en quelques lignes, les principaux traits du tableau qui lui est propre.

La constatation d'un ictère intermittent ou rémittent de nuance variable, d'abord apyrétique ou presque apyrétique et accompagné d'une augmentation de volume du foie qui déborde les fausses côtes sans remonter au-dessus du mamelon, tout en conservant son aspect lisse et sa consistance normale, doit éveiller l'idée d'un fibrome embryonnaire de l'ampoule de Vater, lorsque ces symptômes se montrent chez un enfant déjà en proie à un état d'amaigrissement et d'anémie sans cesse croissant, avec bruits de souffle au

niveau des différents orifices du cœur, avec ou sans augmentation de volume de la rate, et qui finit par conduire aux extrêmes limites de la cachexie.

Le léger degré de réduction exercé, dans une de nos analyses, sur la liqueur de Fehling par l'urine de notre malade, semble indiquer que la glycosurie pourra se rencontrer dans le fibrome embryonnaire de la 2^e portion du duodénum déterminant l'oblitération du canal de Wirsung avec sclérose du pancréas. Toutefois, nous présumons que cette glycosurie ne s'observera qu'à titre exceptionnel et que, comme celle des animaux chez lesquels le pancréas est lentement sclérosé et détruit, elle sera peu intense, irrégulière et en rapport avec la nature de l'alimentation (1).

La rapidité pour ainsi dire foudroyante de la marche du fibrome embryonnaire déterminera la mort avant que la destruction du parenchyme pancréatique soit assez complète pour entraîner la suppression de la sécrétion interne dont la glycosurie permanente serait la conséquence. Car on sait que (du moins en l'absence de tout désordre du système nerveux) : « des quantités pour ainsi dire impondérables du parenchyme pancréatique suffisent pour assurer la marche régulière de la glycoso-formation (2) ».

(1) THIROLOIX, — *Journal de Médecine interne*, 1^{er} mars 1898, p. 95.

(2) THIROLOIX, — *Journal de Médecine interne*, 1898, p. 95.

DIAGNOSTIC

Parmi les tumeurs du grand épiploon, les fibromes embryonnaires, qui, au témoignage de Camus (1), acquièrent en quelques mois un volume énorme sans s'accompagner d'ascite sont seuls susceptibles de prêter à la confusion avec ceux de l'intestin; mais. « ils se développent surtout à gauche de la ligne médiane (2) et « ils ne provoquent aucun trouble fonctionnel jusqu'à une période avancée de leur évolution », tandis que le fibrome embryonnaire de l'intestin peut se développer indifféremment de part et d'autre de la ligne médiane et commence de bonne heure à entraîner des troubles gastro-intestinaux.

Toutefois, nous serons obligés, conformément à l'aveu que nous devons faire à propos de notre observation II, de convenir qu'il se rencontrera des cas où le diagnostic différentiel pourra être tout à fait impossible.

Pour éviter l'erreur qui consisterait à prendre un

(1) Thèse de Paris, 1891-92.

(2) Nous avouons ne pas nous expliquer la raison de cette particularité et bien que nous la trouvions expressément mentionnée dans la thèse ci-dessus citée, nous croyons sage de faire quelques réserves à son sujet.

fibrome embryonnaire de l'intestin pour une tumeur de même nature issue du mésentère ou inversement, contentons-nous de rappeler, conformément aux conclusions de la thèse de Petitbon (1), que « on devra songer à une tumeur du mésentère lorsqu'on constatera l'existence des signes suivants : 1° Situation de la tumeur sur la ligne médiane; 2° Mobilité très grande dans tous les sens (mais surtout dans le sens transversal); 3° Une zone de sonorité à la percussion sur la partie antérieure et au-dessous de la tumeur » sans oublier de mentionner, conformément à la remarque de M. Tillaux (2) que, par suite de la mobilité de l'intestin grêle dont les anses se déplacent, « la zone de sonorité interposée entre elle et la paroi abdominale est loin d'être fixe et peut varier à chaque exploration. »

Ces symptômes font contraste avec ceux de la tumeur intestinale qui peut occuper n'importe quelle région de l'abdomen, qui est le plus souvent mate dans presque toute son étendue et dont la mobilité fait assez souvent défaut, la transversale étant plutôt moins accentuée.

Les fibromes embryonnaires rétro-péritonéaux, « dans la grande majorité des cas, se développent profondément le long de la colonne vertébrale »; « ils sont mous, presque fluctuants ou bien à côté de parties dures, ils en présentent d'autres qui paraissent kystiques (3) », tandis que le fibrome embryonnaire de

(1) Thèse de Paris, 1891-92.

(2) *Traité de Chirurgie Clinique*, t. II.

(3) MÉRAND — Thèse de Paris, 1896-97, p. 33.

l'intestin présente presque toujours une consistance ferme, uniforme, quelquefois simplement légèrement élastique en certains points. Notons, en outre, que dans la moitié des cas de fibromes embryonnaires rétropéritonéaux, « on trouve, par places, en avant de la tumeur, des zones sonores. »

Le fibrome embryonnaire du rein, rencontré au cours de l'enfance (comme nous l'avons déjà vu plus haut, en commentant notre observation I), par les troubles digestifs qui l'accompagnent quelquefois, par l'absence presque constante du varicocèle symptomatique, par la rareté relative des hématuries, pourrait être, dans certains cas, difficile à distinguer de celui de l'intestin. C'est lorsque la tumeur occupant l'un des flancs, s'avance jusque dans la région lombaire, semblant recouverte, dans sa partie antérieure, par une anse intestinale sonore à la percussion superficielle, mais mate à la percussion profonde, que cette difficulté peut surgir. On devra tenir alors, un compte rigoureux des symptômes, se rappelant que la corde sentie au niveau de la bande sonore située en avant de la tumeur rénale « coupe celle-ci obliquement (1) » et chercher s'il existe une mobilité appréciable dans un sens, cette dernière permettrait d'éliminer un néoplasme primitif du rein, car « une tumeur du rein est, en général, immobilisée (2) », à moins qu'il ne s'agisse d'un rein flottant, auquel cas, le diagnostic pourrait devenir impossible.

(1) TILLAUX. — *Traité de Chirurgie Clinique*, p. 142, t. II.

(2) TILLAUX. — T. II, p. 142.

Quand la tumeur intestinale, semblant issue du petit bassin, occupe la région sous-ombilicale, des deux côtés de la ligne médiane ou la partie supérieure de l'hypogastre, surtout s'il est possible de sentir son extrémité inférieure à travers la paroi antérieure du rectum, et si elle paraît le siège de violentes douleurs pendant la miction (*Obs. VI*), on pourra penser à un néoplasme de la vessie. Pour éviter l'erreur, il suffira de nous rappeler que les rares exemples de néoplasmes de la vessie observés au cours de l'enfance (1) semblent se rapporter tous ou presque tous au fibrome papillaire qui n'atteint jamais un volume comparable à celui du fibrome embryonnaire et se traduit presque toujours à un moment donné par des hématuries redoutables.

En ce qui concerne une tuberculose ganglionnaire mésentérique, la palpation ne fournirait que tout à fait exceptionnellement la sensation de tumeurs abdominales. Celles-ci seraient, du reste, caractérisées par leur aspect bosselé et par la généralisation probablement presque constante de l'infection aboutissant soit au développement de la cachexie tuberculeuse avec « amaigrissement, peau sèche et grisâtre, développement du système pileux, cils longs et recourbés, tristesse et apathie, micropolyadénie, gros foie et grosse rate » dont l'ensemble symptomatique ne nous paraît guère susceptible de se retrouver à ce point au cours de l'affection, qui fait l'objet de notre étude, soit au

(1) Thèse de Chauveau, 1883.

développement d'une méningite ou d'une granulie à forme typhoïde (1).

La confusion avec un abcès de la gaine du psoas (dans les cas où le fibrome embryonnaire occupe la fosse iliaque et présente une consistance molle), pourra être évitée si l'on se souvient que dans la première affection, « la cuisse est dans la flexion sur le bassin et le membre inférieur tout entier porté dans la rotation en dedans » (2).

Si l'abcès était la conséquence d'une psoïtis aiguë, les commémoratifs seraient une nouvelle garantie contre la possibilité d'une erreur. Enfin, s'il s'agissait d'un abcès froid, « on trouverait toujours une nouvelle base d'appréciation dans une déviation de la colonne vertébrale et dans l'existence d'une douleur à la pression au niveau de celle-ci » (3).

Dans les cas où la gêne et la douleur obligeraient le malade à trainer l'un des côtés pendant la marche (Obs. de Spanton), alors que l'attention n'aurait pas encore été attirée du côté d'une tumeur abdominale, il serait permis de penser à un début de coxalgie. Mais, l'exploration de l'articulation coxo-fémorale à l'aide de pressions exercées successivement au niveau de la partie supérieure du triangle de Scarpa en dedans des vaisseaux fémoraux, puis sur la partie postérieure de la tête du fémur, la cuisse étant maintenue en flexion

(1) MARFAN. — *Traité des Maladies de l'Enfance*, t. II, p. 850 et 852.

(2) TILLAUX. — t. II, p. 25.

(3) DEBRÜNNER. — Thèse de Zurich, 1883.

et adduction, ne provoquera alors aucune douleur (1).

« Les tumeurs issues de l'ovaire et de l'utérus, lorsqu'elles sont observées à une période peu avancée, peuvent être distinguées de celles de l'intestin par le toucher rectal (2). »

Nous savons, en effet, que celles-ci tirent leur origine de la cavité pelvienne, mais si on les observe à une période éloignée du début, alors qu'elles occupent parfois toute la hauteur de la cavité abdominale, il sera souvent cliniquement impossible d'en déterminer le point de départ (3).

Supposons maintenant que l'on n'ait plus à discuter la question de l'origine du néoplasme. La tumeur est nettement limitée à l'abdomen, ne se prolongeant ni sous les fausses côtes, ni dans le petit bassin ; elle est de consistance ferme, uniforme, à peu près unie dans la majeure partie de son étendue, entièrement mate à la percussion ; elle participe aux mouvements péristaltiques. L'abdomen est le siège d'une tuméfaction énorme, contrastant avec l'état d'émaciation du sujet, sans qu'il y ait d'ascite appréciable, en même temps que d'une douleur continuelle, renforcée de crises paroxystiques à la suite des repas. Les troubles gastro-intestinaux : (vomissements, sensation de stase alimentaire épigastrique, alternatives de constipation et de diarrhée, suivies de l'établissement d'une diarrhée permanente), occupent le premier plan. Enfin, on

(1) Voir DUPLAY et DEMOULIN, p. 644 et 678.

(2) DEBRUNNER. — Thèse de Zurich, 1883.

(3) TILLAUX. — *Diagnostic des kystes de l'ovaire*, t. II.

découvre du sang et des lambeaux de muqueuse dans les selles. La tumeur appartient, par conséquent, à l'intestin, presque sans aucun doute. Supposons même, pour plus de précision, que l'expulsion de matières rubanées, au début, pendant les périodes de constipation, ait permis de la localiser au gros intestin. La question qui se pose alors est la suivante : s'agit-il d'un fibrome embryonnaire ou d'un lymphome à forme néoplasique ?

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'un des caractères les plus saillants du fibrome embryonnaire de l'intestin, est l'intensité des douleurs abdominales, et ce sont presque toujours elles qui ouvrent la scène. Dans la lymphadénie intestinale à forme néoplasique de l'enfant : « c'est l'intumescence du ventre qui attire d'abord l'attention des parents. Le ventre grossit peu à peu sans douleurs soit spontanées, soit provoquées (1) ».

Mais deux des observations de Gilly, fournissent chacune un exemple de dérogation à cette règle.

Si la tumeur jouit d'une certaine mobilité soit spontanée, soit provoquée, celle-ci sera plutôt favorable à l'hypothèse d'un fibrome embryonnaire, car nous savons que la tumeur constituée par le lymphome intestinal, (aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte), « ne possède aucune mobilité, grâce à son adhérence aux ganglions profonds et à la péritonite qui l'a unie intimement aux anses intestinales voisines (1) ».

(1) GILLY. — Thèse de Paris, 1886.

Mais, l'absence de mobilité ne pourrait être, à elle seule, considérée comme constituant même une présomption en faveur du lymphome, car nous avons vu qu'elle n'était pas rare dans le fibrome embryonnaire.

L'ascite, si l'on s'en rapporte au témoignage de Gilly, paraît plus fréquente dans le lymphome intestinal à forme néoplasique que dans le fibrome embryonnaire où nous n'avons rencontré qu'exceptionnellement une ascite cliniquement appréciable. Aussi, son absence pourrait-elle être, conjointement avec les symptômes précédemment énumérés, un signe de présomption de plus en faveur du fibrome embryonnaire.

L'augmentation de volume concomitante du foie et de la rate, n'est signalée qu'à titre tout à fait exceptionnel, par Gilly, dans la lymphadénie intestinale néoplasique de l'enfance. Quant à la généralisation ganglionnaire qui pourrait peut-être servir à différencier le lymphome à forme néoplasique de l'intestin du fibrome embryonnaire, chez l'adulte, il n'en est fait aucune mention au cours des observations que Gilly a pu recueillir concernant la première de ces deux affections chez les enfants.

Comme on le voit, le diagnostic clinique entre l'une et l'autre ne pourra jamais être qu'un diagnostic de probabilité reposant sur une base fragile et l'examen histologique pourra seul permettre de déterminer avec certitude la nature du néoplasme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège de prédilection du fibrome embryonnaire de l'intestin paraît être la seconde portion de l'intestin grêle (jéjuno-iléon).

LÉSIONS MACROSCOPIQUES

CARACTÈRES MACROSCOPIQUES DE LA LÉSION PRIMITIVE

Ainsi que nous avons pu en juger d'après les données fournies par nos observations, le fibrome embryonnaire primitif de l'intestin affecte presque constamment la forme d'un manchon circulaire enveloppant complètement le calibre du segment intestinal auquel il appartient.

La lumière de ce dernier se présente fréquemment

sous l'aspect d'une dilatation ampullaire et anévrysmatique, parfois colossale et plus ou moins sphérique, à parois fortement épaissies et d'aspect encéphaloïde. La cavité ainsi formée est tantôt vide, tantôt remplie soit d'une sorte de bouillie, soit d'un liquide grisâtre et fétide, de pus ou de matières fécales. La paroi est plus ou moins irrégulière et tomenteuse, parfois même anfractueuse, mais elle n'est que rarement le siège d'ulcérations et encore celles-ci ne sont-elles le plus souvent que superficielles (contrairement à ce qui s'observe pour la lymphadénie intestinale à forme néoplasique où les ulcérations sont constantes et intéressent en général, toute l'épaisseur de la paroi.) (Gilly).

Parfois, la lumière du segment intestinal atteint primitivement, est trouvé à peu près normale ou plus rarement rétrécie.

LÉSIONS SECONDAIRES

MÉSENTÈRE

Tantôt l'espace compris entre ses deux feuilletts est occupé par une ramification de la tumeur primitive présentant des bosselures du volume d'une noisette à celui d'un œuf, qui sont des ganglions dégénérés à coque fibreuse et résistante. Tantôt, ses ganglions sont simplement transformés en tumeurs du volume d'un haricot à celui d'une noix.

GRAND ÉPIPLOON

Dans un cas (*Obs. I*), il a été trouvé farci de tumeurs blanches, d'aspect médullaire.

INTESTIN

La muqueuse des portions d'intestin non contigues au segment qui a été le point de départ du néoplasme (cæcum, jéjunum, côlon, rectum), peut être, même à une grande distance de ce dernier et, en l'absence de toute infiltration secondaire, le siège de lésions ulcéreuses plus ou moins profondes et plus ou moins étendues.

Les parois du rectum ont été également trouvées, dans quelques cas, infiltrées, sur une longueur de plusieurs centimètres, d'une nappe de tissu blanc, d'apparence médullaire, respectant la muqueuse.

FOIE

Le foie est parfois augmenté de volume et plus ou moins infiltré de noyaux métastatiques, blanchâtres ou blanc-jaunâtres, lisses, fermes; les uns visibles à l'extérieur sont tantôt saillants tantôt, au contraire,

déprimés en cupule, tantôt du volume d'un grain de millet tandis que d'autres fois, ils mesurent jusqu'à quatre centimètres de diamètre ; les autres, d'aspect marronné, sont tout entiers situés dans l'épaisseur du parenchyme dont ils ne respectent parfois qu'une faible partie.

REINS

Dans la substance corticale des reins, les foyers métastatiques se présentent tantôt sous l'aspect de taches blanches, rondes, d'un diamètre égal à celui d'un pois, tantôt sous la forme de petites tumeurs, grises ou gris-rougeâtre, d'apparence encéphaloïde, du volume d'un pois à celui d'une noisette et proéminent, parfois, à l'extérieur.

VESSIE

Dans un cas, la musculature de la vessie a été trouvée dissociée par des nodules secondaires, d'aspect blanchâtre et encéphaloïde (*Obs. I.*).

OVAIRES

Dans un cas (*Obs. VI.*) nous trouvons mentionnée l'existence d'un nodule métastatique dans l'ovaire gauche.

ORGANES RESPIRATOIRES

On peut constater l'existence d'une infiltration caractéristique du diaphragme et de la base des deux poumons.

PÉRICARDE

Il a été trouvé une fois le siège d'un épanchement séreux.

LÉSIONS GANGLIONNAIRES

Les altérations ganglionnaires sont susceptibles de se retrouver jusque dans les organes les plus éloignés de la lésion initiale, (ganglions de la face supérieure du diaphragme, du médiastin, de l'endocarde, ganglions cervicaux).

Les ganglions sont alors convertis en petites tumeurs du volume d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon, blanches extérieurement comme au niveau de leur surface de section.

HISTOLOGIE

Que les recherches portent sur la tumeur primitive ou sur les nodules métastatiques, on retrouve toujours le même élément essentiel.

Celui-ci est représenté par de petites cellules globuleuses, à protoplasma peu abondant, mais à noyau sphérique, volumineux, possédant des contours nettement dessinés, se colorant nettement par l'éosine hématoxyline et occupant le corps cellulaire presque tout entier. Elles présentent, (à part leur volume un peu plus considérable, en général, et les dimensions relativement énormes de leur noyau), les mêmes caractères morphologiques et les mêmes réactions chimiques que les cellules lymphatiques.

Quelques-unes, au lieu d'un noyau unique, renferment plusieurs noyaux moins volumineux.

STRUCTURE MICROSCOPIQUE DE LA TUMEUR PRIMITIVE

C'est presque toujours dans la sous-muqueuse que la lésion présente son degré le plus accentué. Les éléments normaux de cette dernière ont, en général, complètement disparu au point qu'ils sont entièrement remplacés par une masse compacte de cellules embryonnaires. Aussi, nous avons vu que la plupart des auteurs admettent que le point de départ du néoplasme est dans la prolifération des éléments du tissu conjonctif sous-muqueux.

Cependant, ainsi que l'on a pu le voir d'après l'aspect des lésions, dans notre observation personnelle, ce sont les éléments du tissu conjonctif interposé aux glandes de Lieberkühn et appartenant, par conséquent à la couche adénoïde normale ou chorion de la muqueuse, qui semblent avoir donné le signal.

Dans la muqueuse, comme au sein de la *muscularis mucosæ*, les cellules néoplasiques sont ordinairement disposées sous forme d'amas ou de trainées disséminées dans l'intervalle desquelles on peut encore retrouver des vestiges, des glandes intestinales et de villosités.

Dans les tuniques musculaires, l'infiltration de cellules néoplasiques forme des trainées qui suivent les travées conjonctives jusqu'au dessous de la séreuse et

finissent par dissocier et étouffer les faisceaux musculaires.

La tunique séreuse est tantôt respectée, tantôt envahie sous forme d'îlots.

Dans notre observation personnelle, nous avons vu que le néoplasme ne s'étendait pas au-delà de la tunique musculaire qu'il respectait même presque entièrement.

VAISSEAUX

Dans l'épaisseur de la tumeur, on peut rencontrer deux sortes de vaisseaux : 1° Les uns entièrement semblables à ceux du tissu environnant, ne sont que des vaisseaux préexistants ; 2° Les autres, à parois d'une fragilité extrême, et qui sont les plus nombreux, représentent des vaisseaux de nouvelle formation.

Dans l'épaisseur de la sous-muqueuse, nous avons vu qu'on les trouvait parfois dilatés et qu'ils pouvaient même se rompre en donnant lieu à de petits foyers d'hémorragie.

L'infiltration embryonnaire, néoplasique envahit quelquefois, par places, la tunique adventice de certains vaisseaux et pénètre jusqu'à leur lumière à l'intérieur de laquelle elle constitue un thrombus néoplasique.

ÉLÉMENTS ACCESSOIRES DU NÉOPLASME

Dans les portions de la tumeur reconnaissables à l'œil nu, on constate, exceptionnellement, l'existence d'un réticulum fasciculé dans les mailles duquel se trouvent logées les cellules globuleuses, par fois un peu moins volumineuses que d'habitude.

Ce réseau, complètement masqué par ces dernières ne devient visible qu'après leur enlèvement et seulement sur les coupes les plus minces comme celui du lymphome; mais il semble en différer soit par son aspect finement grenu, soit par la largeur plus considérable de ses mailles.

CONCLUSIONS

I. — A côté des lymphomes à forme néoplasique et des adénomes dont l'existence dans le tube digestif des enfants est un fait depuis longtemps démontré, il convient d'accorder une place aux fibromes embryonnaires.

II. — La variété de fibrome embryonnaire que l'on rencontre sur l'intestin des enfants paraît être, d'une façon constante, la variété globo-cellulaire.

III. — Celle-ci peut se montrer à toutes les périodes de l'enfance. Elle peut même être congénitale.

IV. — Elle est caractérisée par une évolution extraordinairement rapide, conduisant, en général, à la terminaison fatale, deux mois environ, après le début apparent de l'affection.

V. — Au point de vue étiologique, l'hérédité n'est

notée dans aucune de nos observations ; mais le traumatisme direct a été mentionné deux fois, à titre de cause occasionnelle.

VI. — L'existence de foyers métastatiques viscéraux a été notée dans les trois cinquièmes des cas. C'est dans le foie et, en seconde ligne dans les reins que celle-ci nous a paru la plus fréquente.

VII. — Le développement de métastases ganglionnaires en des points plus ou moins éloignés du foyer primitif, a été constaté dans une proportion égale à celle des métastases viscérales. Mais, ce n'est que dans un seul cas que l'on a pu observer une véritable généralisation ganglionnaire.

VIII. — Dans la majorité des cas, l'existence de métastases semblant dater, parfois, d'une époque vraisemblablement peu éloignée de celle à laquelle il était devenu possible de formuler un diagnostic précis et, peut être aussi, dans une certaine mesure, le développement des adhérences paraissent de nature à diminuer l'espoir que l'on pourrait fonder sur une intervention chirurgicale précoce. Cependant, peut être convient-il de ne pas se montrer trop pessimiste et en présence de cas semblables à ceux relatés dans nos observations II et X où, bien que la mort ne fut survenue que de cinq à dix mois après la date d'apparition des premiers accidents, il n'existait de métastases d'aucune sorte, est-il permis d'espérer, avec M. Brault

(*Revue de médecine*, juillet 1895), « qu'un diagnostic très précoce ou simplement précoce, pourrait mener à une thérapeutique heureuse, » que nous laissons à d'autres, plus compétents que nous, le soin de déterminer.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
PROUST.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bessel Hagen.** — *Archives de Virchow*; t. XCIX; année 1885).
- Billroth.** — (Pathologie des tumeurs).
- Boulloche.** — *Man.* de Delove et Achard, t. V, p. 131.
- Brault.** — — *Revue de Médecine*, juillet 1895.
- Busson.** — Thèse de Paris, 1896.
- Camus.** — Thèse de Paris, 1891-92.
- Carl Stern.** — *Berliner klinische Wochenschrift*, année 1894, p. 802.
- Ch. Robin.** — *Compte-rendu de l'Académie des sciences*, t. III, année 1896, et article **Lamineux** du *Dictionnaire encyclopédique*.
- Chauveau.** — Thèse de Paris, 1883.
- Cornil et Ranvier.** — *Traité d'histologie pathologique*.
- Crocq.** — *Progrès médical*, 16 septembre 1893 (Des kystes alvéolaires du foie).
- Debrunner.** — Thèse de Zürich, 1883.
- De Saint-Germain.** — *Revue des maladies de l'enfance*, 1883, t. I, p. 26.
- Dieulafoy.** — *Manuel de pathol. int.*, t. III, p. 618.
- Dumont.** — Thèse de Paris, 1888-89).
- Durand-Fardel.** — *Cancer de l'ampoule de Vater*.
(Presse médicale, 17 juin 1896.)

- Duplay et Demoulin.** — *Manuel de diagnostic chirurgical*, p. 644 et 678.
- Duplay et Reclus.** — *Traité de chirurgie*, t. I.
- Dupré.** — *Man. de Debove et Achard*, t. VI, p. 407 et 408.
- Gilly.** — Thèse de Paris, 1886.
- Jalaguier.** — *Traité des maladies de l'enfance* de Comby et Marfan. t. II, p. 715.
- James Duncan.** — *Journal médical d'Edimbourg*, 1886. t. XXXI, p. 112.
- Journet.** — Thèse de Paris, 1883.
- Laboulbène.** — *Anatomie pathologique*.
- Lancereaux.** — *Traité d'anatomie pathologique*, t. I. — *Journ. de méd. int.* des 15 décembre, 1^{er} novembre 15 novembre 1897, 1^{er} janvier et 15 avril 1898.
- Lebert.** — *Traité de physiologie pathologique* ; (*Archives générales de Médecine*, 1853, p. 105 ; *Bulletin de la Société anatomique*, 1852, p. 209 ; *Traité des maladies cancéreuses*).
- Lebon.** — *Revue des maladies de l'enfance*, juin 1894, t. XII, p. 314.
- Le Dentu et Delbet.** — *Traité de Chirurgie*, t. I.
- Launois.** — *Diagnostic des tumeurs de la fosse iliaque chez les enfants.* (*Revue des maladies de l'enfance*, juin 1884).
- Marfan.** — *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 250.
- Mariage.** — Thèse de Paris, 1896-97.
- Mermet.** — *Bulletin de la Société anatomique*, 1896, p. 828.
- Moty.** — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 21 décembre 1894.

Pépin. — *Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 16 novembre 1891.

Petitbon. — Thèse de Paris, 1891-92.

Poirier. — *Anatomie humaine*.

Renau. — *Bulletin Société médicale des hôpitaux*,
1^{er} mai 1896.

Richet. — *Anatomie médicale*.

Testut. — *Anatomie humaine*.

Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, t. II.

Thirolloix. — *Journal de médecine interne*, 1^{er} mars 1898.

Virchow. — *Pathologie des tumeurs*.

